

**Universidade do Minho**  
Instituto de Ciências Sociais

Humberto José Pereira Domingues

**Prevenção Primária das Toxicodependências  
no Domínio Escolar no Distrito de Viana do  
Castelo – A Perspectiva do Corpo Docente**

Junho de 2009



**Universidade do Minho**  
Instituto de Ciências Sociais

Humberto José Pereira Domingues

**Prevenção Primária das Toxicodependências  
no Domínio Escolar no Distrito de Viana do  
Castelo – A Perspectiva do Corpo Docente**

Mestrado em Sociologia  
Área de Especialização em Sociologia da Saúde

Trabalho efectuado sob a orientação da  
**Professora Doutora Paula Cristina Almeida Remoaldo**

DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR, É AUTORIZADA A  
REPRODUÇÃO PARCIAL DESTA TESE APENAS PARA EFEITOS DE  
INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE  
A TAL SE COMPROMETE.

Universidade do Minho,..../..../....

Assinatura: \_\_\_\_\_

## Agradecimentos

Finalizada esta etapa, que se traduz num momento de satisfação pessoal muito grande, interessa-nos registar e referir aqui os agradecimentos a várias individualidades, sem as quais, nos seria muito difícil ou até impossível realizar este trabalho e esta investigação. Em primeiro lugar, ao Dr. Fernando Mendes, meu ideólogo, investigador, especialista de referência nacional e meu grande amigo, que muito me ensinou, corrigiu apoiando-me, partilhou e alertou para os saberes e para a comunicação no âmbito da Prevenção das Toxicodependências.

Ao Professor Doutor Albertino Gonçalves, distinto Professor e investigador que com o seu saber e amizade me ajudou a nível da metodologia da investigação a percorrer os corredores recônditos da elaboração do questionário e saber depois ler os resultados desta aplicação. Momentos de grande crescimento que vivi, como aluno, amigo e como Profissional de Saúde aquém a Sociologia muito me tem ajudado.

À Professora Doutora Engrácia Leandro pela permanente e incansável disponibilidade para ouvir e, me ouvir, compreender e ajudar, pelo seu empenho, e pela alegria vivida no dia-a-dia na oferta e dádiva que fez ao Seu/Nosso/meu Curso de Mestrado.

Por fim, à Professora Doutora Paula Remoaldo, minha orientadora de Tese, que com o seu saber e tolerância, rigor, entusiasmo e incentivo, tornou possível que este trabalho não ficasse pelo caminho e que fosse uma realidade a dissertação do mesmo. Agradeço-lhe muito por ter percebido tão bem, as minhas angústias, os meus silêncios, medos, ignorância e também o meu entusiasmo.

Aos Professores e Escolas onde foi aplicado o presente questionário, que sem eles nada mesmo poderia ser feito.

À minha Querida Família – Esposa, Filhos e Pais – que muitas vezes se viram privados da minha companhia (e eu da deles) e ajuda, mas que nunca regatearam o apoio que me deram.

É mesmo verdade:

*O sonho começa, na maior parte das vezes, com um professor que acredita em você, que o puxa e empurra e leva para o próximo planalto, às vezes até aguilhoando-o com um bastão pontiagudo chamado verdade. Don Rather*

Ao longo deste percurso académico, concerteza que tive sentimentos, angústias e emoções e, continuo a ter, mas não possuo o engenho nem a arte e o talento necessário para conseguir resumir e com todos partilhar. Acreditem, que eram muitas coisas boas.

**Título:**

**Prevenção Primária das Toxicodependências no Domínio Escolar no Distrito de Viana do Castelo – A perspectiva do Corpo Docente**

**Resumo**

A presente investigação no âmbito da dissertação de Mestrado em Sociologia – Área de Especialização em Sociologia da Saúde, realizado no Instituto de Ciências Sociais, Departamento de Sociologia da Universidade do Minho, tem como objecto de estudo a Prevenção Primária das Toxicodependências no Domínio Escolar no Distrito de Viana do Castelo – A perspectiva do Corpo Docente 2º e 3º CICLOS.

Para este estudo definimos três objectivos principais:

- Determinar o grau de conhecimento dos docentes dos 2º e 3º Ciclos do Ensino Básico, sobre as distintas áreas e componentes do fenómeno das toxicodependências (substâncias, factores de risco e protecção e estratégias preventivas);
- Avaliar a percepção que uns e outros têm do seu papel educativo/preventivo;
- Avaliar como os valores, crenças e atitudes pessoais influem nas abordagens preventivas.

Com base em todos estes pressupostos partimos de duas hipóteses de trabalho, tendo validado a primeira hipótese. Confirmamos que a maior parte dos Professores que lecionam no distrito de Viana do Castelo, porque não têm formação suficiente sobre a problemática das toxicodependências, estão pouco abertos a admitir que também têm responsabilidade na educação/prevenção das toxicodependências, delegando nos serviços de saúde e nos seus técnicos essa responsabilidade.

Quanto à segunda hipótese, não foi possível validar, porque, apesar de algumas respostas, houve um grande número de não respostas a questões importantes e por isso, no nosso entendimento, estas não respostas condicionaram a validação desta segunda hipótese.

A presente investigação foi desenvolvida em parte das Escolas do Distrito de Viana do Castelo, com representatividade de Escolas de todos os concelhos, classificadas por nós, entre Escolas do litoral e do interior.

Foram validados 608 questionários, correspondendo a 261 Professores do 2º ciclo e 335 Professores do 3º ciclo. As idades dos Professores variaram entre os 23 anos (idade mínima) e 66 anos (idade máxima).

**Title:**

**Drug Dependency primary prevention at Viana do Castelo school environment at it is approach by 2nd and 3rd level Basic teachers**

**Summary**

The present investigation was realized at Minho University Social Scientific Institute (Sociology Department) for a Sociology Master's in Health Sociology Care.

For this study it was defined three major level of research:

- To know how much 2<sup>nd</sup> and 3<sup>rd</sup> level basic Teachers realize about all the drug dependency factors (like social environment, kinds of drug substances, prevent strategies, and so on);
- To know how much these teachers can understand the work they can/must do about all this matter;
- To know how much personal knowledge, religion or feelings can be important in the way these Teachers are more on less active about prevent drug dependency;

It was taken two kinds of work hypothesis, but only one was available to be valued, as most of questions had not obtained any answers – perhaps most of these Teachers had not any kind of training about this drug matter and were not available to recognize they're also important as clinical or other public health care technicians.

We suppose two kinds of school classification as the social school environment have different conditions by Minho seaside or mountain.

For this investigation 608 questionnaires were valued, 261 from 2<sup>nd</sup> level Teachers and 335 from 3<sup>rd</sup> level Teachers.

Teachers ages are about 23 years old (minimum) and 66 years old (maximum)

**Índice**

	<b>Pág.</b>
Introdução	<b>13</b>
I PARTE – A ABORDAGEM DA(S) TOXICODEPENDÊNCIA(S) NO SEIOS DA SOCIOLOGIA E O CENÁRIO EXISTENTE EM PORTUGAL E NO DISTRITO DE VIANA DO CASTELO	<b>20</b>
1 – (Alguns) Contributos para uma Sociologia da Toxicodependência	<b>20</b>
1.1 – No campo dos interditos	<b>20</b>
1.2 – Contributos teóricos: o “fio de prumo” indispensável	<b>24</b>
1.2.1 – A primeira orientação: a Sociedade tem os desviantes que merece	<b>26</b>
1.2.2 – A segunda orientação: a Sociedade tem os desviantes que quer	<b>30</b>
1.3 – Conclusões	<b>34</b>
2 – Da Política às “Políticas” da Droga em Portugal	<b>36</b>
2.1 – Breve retrospectiva	<b>36</b>
2.2 – O fenómeno das drogas no período compreendido entre 1970 e 2004	<b>39</b>
2.3 – Políticas e discursos políticos sobre a droga no período entre 1970 e 2004	<b>41</b>
2.4 – A evolução das principais áreas de intervenção	<b>43</b>
2.4.1 – A Prevenção: Definições e conceitos	<b>43</b>
2.4.2 – As intervenções em termos de prevenção	<b>45</b>
2.4.3 – Prevenção em Meio Escolar e Educação Preventiva	<b>48</b>
2.4.4 – Tratamento e reinserção Social	<b>50</b>
2.4.5 – Redução de Risco e Minimização de Danos	<b>51</b>
2.4.6 – Relações Internacionais e alguns dados publicados	<b>52</b>
2.4.7 – O consumo de drogas em Portugal – estudos existentes e realidade	<b>55</b>
2.5 – Conclusões	<b>58</b>
3 – Cenário actual Existente em Portugal e no Distrito de Viana do Castelo	<b>59</b>
3.1 – Alguns resultados de Estudos realizados: o cenário Nacional	<b>59</b>
3.2 – Cenário no Distrito de Viana do Castelo	<b>63</b>
3.2.1 – O Ensino Secundário	<b>66</b>
3.3 – Estudo E.S.P.A.D./2003 para Portugal	<b>72</b>
3.4 – Dados do relatório anual 2004 referente à situação de Portugal	<b>77</b>

3.5 – Situação da Europa	79
3.6 – Conclusões	82
II PARTE – A PERSPECTIVA DO CORPO DOCENTE SOBRE A PREVENÇÃO PRIMÁRIA DAS TOXICODEPENDÊNCIAS NAS ESCOLAS DO DISTRITO DE VIANA DO CASTELO NO 2º E 3º CICLOS	84
4 – Pressupostos metodológicos e breve caracterização da amostra	84
4.1 – Limitações e soluções das técnicas de investigação escolhidas	84
4.2 - Recolha de dados, tratamento da informação e breve caracterização da amostra	87
4.2.1 – Aplicação do pré-teste e tratamento da informação	87
4.2.2 – Caracterização territorial da amostra	87
4.2.3 – Caracterização sócio-familiar do inquirido	90
5 – Grau de conhecimento dos Professores do Ensino Básico relativamente à problemática das toxicodependências e avaliação do seu papel educativo/preventivo	97
5.1 – Grau de conhecimento dos professores relativamente ao fenómeno das toxicodependências e comportamentos	97
5.2 – Avaliação do papel educativo/preventivo do professor	103
5.3 – Consumo de substâncias psicoactivas por parte dos professores	113
5.4 – Breve análise factorial dos resultados	115
6 – Conclusões da investigação	122
7 – Bibliografia	126
8 – Anexos	162
I – Modelo questionário aplicado	163



## **Siglas**

C.A.T. – Centro de Atendimento a Toxicodependentes  
C.I.C.D. – Centro de Investigação e Controlo da Droga  
E.S.P.A.D. – European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs  
GHB – Gama-Hidroxybutyrate (ou “ecstasy líquido”)   
I.D.T. – Instituto da Droga e da Toxicodependência  
I.N.M.E. – Inquérito Nacional em Meio Escolar  
I.P.D.T. – Instituto Português da Droga e da Toxicodependência  
I.P.S.S. – Instituições Privadas de Solidariedade Social  
LSD – Ácido Lisérgico Dietilamida (Droga de acção alucinogénea)  
N.I.D.A. – National Institute of Drug Abuse  
O.E.D.T. – Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência  
O.M.S. – Organização Mundial de Saúde  
O.N.G.D. – Organizações Não Governamentais para o Desenvolvimento  
P.A.T.O. – Projecto de Prevenção do Álcool Tabaco e Outros  
P.E.S. – Programa de Educação para a Saúde  
P12M – Prevalência nos Últimos 12 Meses  
P30D – Prevalência nos Últimos 30 Dias  
PLV – Prevalência ao Longo da Vida  
S.C.I.T.E. – Secção Central de Investigação do Tráfico de Estupefacientes  
S.I.I.C. – Sistema Integrado de Informação Criminal  
S.P.T.T. – Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência  
SIDA – Síndrome da Imunodeficiências Adquirida  
UNESCO – United Nations Educational Scientific and Cultural Organization  
V.I.H – Vírus da Imunodeficiência Humana

<b>Figuras</b>	<b>Pág.</b>
Figura 1 – Prevalência em Portugal de consumo por substâncias (%) ao longo da vida, através dos estudos <i>European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs</i> (E.S.P.A.D.) – 1999 (16 ANOS) e o Inquérito Nacional em Meio Escolar – I.N.M.E. 2001 (7º ao 9º ano)	<b>61</b>
Figura 2 – Prevalência em Portugal de consumo de drogas (%) ao longo da vida, nos últimos doze meses e nos últimos trinta dias nos jovens do terceiro ciclo em 2001	<b>62</b>
Figura 3 – Prevalência em Portugal de consumo de álcool, tabaco e droga (%) ao longo da vida, nos últimos meses e nos últimos dias nos jovens do Ensino Secundário em 2001	<b>63</b>
Figura 4 – Consumo de substâncias ilícitas ao longo da vida no Ensino Secundário e 3º Ciclo	<b>67</b>
Figura 5 – Prevalência de consumo “outras drogas” (drogas sem <i>cannabis</i> ), por Região (%) – Longo da Vida, últimos 12 meses e últimos 30 dias – Consumo de substâncias ilícitas ao Longo da Vida no Ensino Secundário e 3º ciclo	<b>68</b>
Figura 6 – Prevalência de consumo de drogas (%) na Região Norte por distritos	<b>70</b>
Figura 7 – Comparação de prevalências no consumo (%) nos últimos 30 dias, de tabaco e álcool, entre os E.S.P.A.D. de 1999 e 2003, em alunos de 16 anos	<b>73</b>
Figura 8 – Comparação de prevalências no consumo de tabaco e álcool, por sexo, nos últimos 30 dias, entre E.S.P.A.D. de 1999 e 2003, em alunos de 16 anos	<b>74</b>
Figura 9 – Comparação de prevalências no consumo de drogas (%), ao longo da idade	<b>75</b>
Figura 10 – Comparação de prevalências no consumo de várias substâncias (%), ao longo da idade, dos 13 aos 18 anos	<b>75</b>
Figura 11 – Comparação de consumo de cannabis (%), ao Longo da Vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias, na faixa etária dos 13 aos 18 anos	<b>76</b>
Figura 12 – Prevalência de consumo de cannabis, no sexo masculino e feminino, ao Longo da Vida, na faixa etária dos 13 aos 18 anos	<b>77</b>
Figura 13 – Contributo de cada Escola para o total da amostra	<b>89</b>
Figura 14 – Representatividade dos concelhos do Distrito de Viana do Castelo em termos de número de inquéritos realizados	<b>90</b>
Figura 15 – Idades dos Inquiridos	<b>91</b>
Figura 16 – Número de filhos dos inquiridos	<b>93</b>

Figura 17 – Idade do primeiro filho dos inquiridos	93
Figura 18 – Idade do segundo filho dos inquiridos	94
Figura 19 – Tempo de leccionação na Escola	95
Figura 20 – Grupo disciplinar dos professores inquiridos	96
Figura 21 – Professores que participaram em acções de formação	103
Figura 22 – Professores que participaram em acções de informação	103
Figura 23 – Temas a falar/discutir na Escola	104
Figura 24 – Opiniões de como deveria ser feita a formação	109
Figura 25 – Opiniões sobre inclusão da Prevenção nos <i>curricula</i> das Escolas	110
Figura 26 – Opiniões sobre em que ciclo a inclusão da prevenção nos <i>curricula</i> da Escola	111
Figura 27 – Consumo actual de tabaco na forma de cigarros, charuto ou cachimbo	113
Figura 28 – Consumo no passado de tabaco na forma de cigarros, charuto ou cachimbo	114
Figura 29 – Razões que levaram ao consumo anterior de tação (em %) na forma de cigarros, charuto ou cachimbo	114
Figura 30 – Comportamento das duas componentes Sexo, Idade classe, Responsável pelo Aumento, Escolaridade	116
Figura 31 – Comportamento das componentes Capacidade, Habilitados e Formação	118

<b>Quadros</b>	<b>Pág.</b>
Quadro 1 – Montantes apreendidos em 2005 pela Polícia Judiciária relativamente a vários tipos de substâncias	<b>54</b>
Quadro 2 – Quantidade de substâncias apreendidas e correspondente valor em Euros	<b>54</b>
Quadro 3 – Tipo de consumo declarado pelos jovens dos 13 aos 18 anos de idade	<b>60</b>
Quadro 4 – Consumo (em %) de várias substâncias e álcool	<b>61</b>
Quadro 5 – Locais com maior prevalência de consumo de drogas de acordo com o Inquérito Nacional em Meio Escolar 2001 – 3º. Ciclo	<b>64</b>
Quadro 6 – Prevalência de consumo de substâncias ao longo da vida (PLV), nos últimos 12 meses (P12M) e nos últimos 30 dias (P30D), em Portugal, na Região Norte e em Viana do Castelo, de acordo com o Inquérito Nacional em Meio Escolar 2001 – 3º. Ciclo	<b>65</b>
Quadro 7 – Prevalência de consumo de várias substâncias e bebidas alcoólicas em Portugal, na Região Norte e em Viana do Castelo, de acordo com o Inquérito Nacional em Meio Escolar 2001 – Ensino Secundário (10º ao 12º ano na faixa etária dos 16 aos 18 anos)	<b>66</b>
Quadro 8 – Comparação de Prevalências – ao Longo da Vida, no últimos 12 meses e nos últimos 30 dias – de consumo de várias substâncias, em vários distritos, em Viana do Castelo, com a média Nacional, de acordo com o Inquérito Nacional em Meio Escolar 2001	<b>69</b>
Quadro 9 – Comparação de Prevalências – ao Longo da Vida, no últimos 12 meses e nos últimos 30 dias – de consumo de várias substâncias no Distrito de Viana do Castelo, com a média Nacional, de acordo com o Inquérito Nacional em Meio Escolar 2001	<b>70</b>
Quadro 10 – Relatório anual de 2004 referente à situação de Portugal em matéria de drogas e toxicodependência	<b>79</b>
Quadro 11 – A evolução do fenómeno da droga na Europa de acordo com o relatório anual 2005 do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência	<b>80</b>
Quadro 12 – Sexo e idade dos professores que fizeram parte da amostra	<b>86</b>
Quadro 13 – Distribuição do volume da amostra pelas Escolas do Distrito de Viana do Castelo	<b>88</b>
Quadro 14 – Número de inquéritos realizados por concelho do Distrito de Viana do Castelo	<b>89</b>

Quadro 15 – Posicionamento político do inquirido	91
Quadro 16 – Atitude religiosa dos inquiridos	92
Quadro 17 – Tempo a leccionar na Escola (%) segundo o sexo	95
Quadro 18 – Opinião dos inquiridos sobre o consumo de substância <i>ecstasy</i> ao fim-de-semana	97
Quadro 19 – Opinião dos inquiridos sobre fumar <i>cannabis</i> regularmente	98
Quadro 20 – Opinião dos inquiridos sobre fumar um maço de tabaco por dia	98
Quadro 21 – Opinião dos inquiridos sobre o agravamento do consumo de substâncias	99
Quadro 22 – Opinião dos inquiridos quanto às substâncias que criam mais dependência	99
Quadro 23 – Opinião dos inquiridos sobre o responsável pelo aumento do consumo de substâncias	100
Quadro 24 – Escola de três opções sobre as quais usaria para fazer prevenção	101
Quadro 25 – Conhecimento sobre a Lei Portuguesa de 2000 que legisla sobre o consumo de estupefacientes e substâncias psicoactivas	101
Quadro 26 – Participação em acções de formação	102
Quadro 27 – Número de acções de formação em que participaram	102
Quadro 28 – Participação em acções de informação (mínimo de 2 horas)	103
Quadro 29 – Temas considerados para falar/discutir na Escola	104
Quadro 30 – Capacidade de participar em actividades preventivas na Escola	105
Quadro 31 – Resposta “sim” para participar em actividades preventivas na Escola	105
Quadro 32 – Respostas “não” para participar em actividades preventivas na Escola	106
Quadro 33 – Opiniões sobre o que é a Prevenção	107
Quadro 34 – Opiniões sobre quem deve fazer Prevenção	107
Quadro 35 – Opiniões sobre habilitação dos professores para desenvolver actividades de Prevenção das toxicodependências	107
Quadro 36 – Fundamentação de que os professores estão habilitados para desenvolver actividades de Prevenção	108
Quadro 37 – Fundamentação de que os professores não estão habilitados para desenvolver actividades de Prevenção	108
Quadro 38 – Opiniões sobre que áreas da Prevenção devem ser incluídas	110
Quadro 39 – Opiniões sobre quem deve leccionar as matérias da Prevenção	111
Quadro 40 – Responsável pelo aumento do consumo de substâncias e seu cruzamento com as variáveis Classe Etária, Sexo, Nível de Formação e Tempo que Lecciona	115

Quadro 41 – Matriz de componentes	<b>116</b>
Quadro 42 – Opções para fazer prevenção e seu cruzamento com as variáveis Temas a Falar na Escola, Ideias Políticas e Religião	<b>117</b>
Quadro 43 – Capacidade de participar em actividades preventivas e seu cruzamento com Formação Específica, Habilitações para desenvolver Actividades de Prevenção	<b>117</b>
Quadro 44 – Possibilidade de professores fazerem formação específica e seu cruzamento com as variáveis de quem deveria leccionar, ideias políticas, religião e situação do professor	<b>118</b>
Quadro 45 – Aluno consumidor de drogas ilícitas e seu cruzamento com as variáveis Medidas Preventivas, Ideias Políticas e Filhos	<b>119</b>
Quadro 46 – Consumo de tabaco e seu cruzamento com Áreas da Prevenção a ser Incluídas e Substâncias que criam dependência	<b>120</b>
Quadro 47 – Classificação de toxicodependente e seu cruzamento com ideias políticas e religião	<b>120</b>
Quadro 48 – Responsabilidade em fazer Prevenção e seu cruzamento com Ideias Políticas e Religião	<b>121</b>

## **Introdução**

Desde 1977, após a criação das primeiras estruturas de prevenção e tratamento das toxicod dependência a nível nacional (*e.g.*, Centro de Estudos e da Profilaxia das Drogas), que se tem desenvolvido, em Portugal, uma significativa intervenção nesta área. Concretamente, em relação à Prevenção Primária das Toxicod dependências, foram inúmeras as actividades/projectos implementados, assim como alguns programas desenvolvidos, muito embora, nem sempre com continuidade ou enquadrados numa política preventiva, transversal e nacional.

Embora a Estratégia Nacional de 1999 e o Plano de Acção Nacional de Combate à Droga – Horizonte 2000/2004, definissem claramente a Escola, como um espaço de intervenção, varias vicissitudes impediram que isso se concretizasse, com a amplitude e a dimensão que se desejaria. Por esta razão, pretendemos circunscrever esta investigação até ao ano de 2004, sem contudo deixarmos de referir alguns indicadores, que se relacionam com os anos posteriores a 2004.

Sabemos como ao longo do processo de desenvolvimento humano é importante “trabalhar” o processo educativo a fim de se poderem desenvolver as capacidades emocionais, afectivas, relacionais e outras competências de vida que nos habilitem a uma vida saudável e sem necessidade de consumo de substâncias lícitas ou ilícitas.

Na evolução da Sociedade actual, a participação de cada um como Ser social é cada vez mais importante. À Criança de hoje, Homem de amanhã, é-lhe colocado o desafio de provar que com os seus conhecimentos, inteligência e criatividade é capaz de criar as condições necessárias à sua sobrevivência e, por conseguinte, de evoluir.

Daí que, a sua preparação física, moral e intelectual seja determinante, numa perspectiva de permanente construção de um cidadão saudável, capaz de contribuir para a sua qualidade de vida e dos seus pares, já que esta se revela imprescindível para a realização do seu futuro colectivo.

A Organização Mundial de Saúde (O.M.S., 1946) define que “a saúde visa o bem-estar físico, psicológico e social” dos indivíduos. Assim sendo, na qualidade de instituição com responsabilidades de formação e numa perspectiva de educação globalizadora e polivalente, a Escola deve assumir a saúde como um valor a promover. No entanto, em nosso entender, este não tem sido um princípio, unanimemente, avocado pelas políticas educativas e, consequentemente, pelas escolas, pela comunidade educativa e pelas famílias. Educar para a Saúde tem dependido de programas e projectos pontuais, não generalizados a

todas as instituições educativas, de abordagens curriculares diversas e esporádicas, de acções mais ou menos implicitamente assumidas, quer pelos docentes individualmente, quer pelos órgãos dirigentes e intermédios das escolas.

Efectivamente, o tratamento de conceitos como a *educação sexual*, a *educação ambiental* ou a *prevenção da toxicodependência*, entre outros, têm, necessariamente de possuir como princípio de acção uma verdadeira Educação para a Saúde. Enquanto princípio de acção, de atitude, de educação para além da simples instrução, a Educação para a Saúde deveria constituir-se essência do próprio processo educativo. Proteger e ajudar a crescer seria, então, investir no futuro de cidadãos mais aptos e saudáveis. Contudo, uma verdadeira Educação para a Saúde não se implementa apenas por vontade do legislador ou por mera identificação de problemas e necessidades, carece sim de medidas concertadas, que por certo, ao serem concretizadas exigem recursos financeiros muito superiores aos destinados pelo Orçamento de Estado à educação ou prometidos numa qualquer campanha eleitoral.

Educar para a Saúde não se compadece com as várias engenharias financeiras, que se pronunciam na educação, que facilitam os cortes orçamentais, que se protegem de objectivos consensuais e que “disfarçam” um real desinvestimento no sistema educativo e nas escolas.

Existem debilidades estruturais que não são superadas por uma qualquer legislação ou definição de linhas orientadoras. Veja-se o caso da educação sexual, prevista na legislação portuguesa desde 1984, com linhas orientadoras publicadas em 2000, mas apenas, com a constituição de um grupo de trabalho em 2005 para avaliação da situação da educação sexual em Portugal e para proposta de medidas para tornar mais efectiva a educação sexual/Educação para a Saúde em meio escolar.

Educar para a Saúde implica mudanças de atitude, clarificação de conceitos, já que são detectáveis interpretações e sentidos diversos dos mesmos, ou porque entendidos numa mera vertente médico-biológica ou porque inseridos em quadro éticos passíveis de diferentes abordagens.

Parece-nos ser unânime a opinião de que a Educação para a Saúde terá que se alicerçar na criação de condições favoráveis à reformulação da matriz escolar em vigor, nos diferentes níveis de ensino, nas vertentes disciplinares, interdisciplinares e transversais, numa efectiva motivação das escolas e dos docentes. Deverá haver um real investimento na sua formação e apoio técnico, na criação de verdadeiros programas de parceria com instituições e profissionais de saúde, num pleno envolvimento dos alunos e das famílias em



todas as etapas de aprendizagem e num programa eficaz de acompanhamento, supervisão e, consequentemente, avaliação.

Temos presente, conforme também refere a literatura científica, a importância fundamental do “papel” que o professor tem como educador e “agente preventivo”, que muitas vezes é pouco aproveitado para este fim específico.

Assim, conhecendo todo o trabalho desenvolvido até ao momento, e nos pressupostos atrás enunciados, pareceu-nos interessante investigar a prevenção primária das toxicodependências através do grau de conhecimento e percepção por parte dos professores dos 2º e 3º Ciclos do Ensino Básico, a partir da selecção de uma amostra, que envolvesse dois grupos de professores e diferentes escolas: um grupo de professores do 2º. Ciclo e outro grupo de professores do 3º. Ciclo. As escolas seleccionadas cobrem todos os concelhos do Distrito de Viana do Castelo.

Com o apoio da Unidade de Prevenção do Instituto da Droga e da Toxicodependência (I.D.T.) de Viana do Castelo realizámos um trabalho dirigido às Escolas (professores e alunos), interessando proceder ao cruzamento de variáveis, para verificar o surgimento de respostas que evidencie, quem nunca tivesse sido sujeito a qualquer tipo de intervenção preventiva e por outro lado, outros professores, já sujeitos a diferentes tipos de acções. Esperamos assim, poder determinar de forma comparativa e a diferentes níveis, o grau de conhecimentos, de envolvimento e de disponibilidade demonstrado por um grupo e outro para desenvolver actividades preventivas na sua escola ou comunidade estudantil.

Definimos três objectivos principais neste trabalho:

- Determinar o grau de conhecimento dos docentes dos 2º e 3º Ciclos do Ensino Básico, sobre as distintas áreas e componentes do fenómeno das toxicodependências (substâncias, factores de risco e protecção e estratégias preventivas);
- Avaliar a percepção que uns e outros têm do seu papel educativo/preventivo;
- Avaliar como os valores, crenças e atitudes pessoais influem nas abordagens preventivas.

Tentámos aferir as diferenças existentes nos dois grupos da nossa amostra, sobre as questões a investigar, para percebermos quais são os níveis que existem (conhecimento das substâncias/factores de risco e de protecção/práticas preventivas) e como influenciam as práticas ou não, propondo em seguida algumas linhas de acção/ intervenção para o distrito de Viana do Castelo.

A toxicodependência, ou melhor, o consumo de substâncias aditivas é uma realidade da nossa actual Sociedade e o meio escolar está potencialmente vulnerável, face ao número elevado de jovens susceptíveis de serem influenciáveis e atendendo à faixa etária em causa.

O consumo de substâncias é uma problemática decorrente do meio e das influências que o indivíduo criança, jovem e adulto sofre, seja este consumo de substâncias psicoactivas lícitas (*e.g.*, o tabaco, o álcool e produtos farmacêuticos) ou de substâncias ilícitas.

Temos também consciência que o consumo destas substâncias tem vindo a aumentar à medida que a faixa etária vai diminuindo, com a particularidade para o tabaco, a *Cannabis* e o álcool estando a *Cannabis* cada vez mais integrada na cultura juvenil.

São uma realidade os défices de conhecimento que possuímos sobre estas matérias, mas também a escassez de dados sobre este fenómeno multifactorial e que atravessa a nossa Sociedade de forma transversal.

Não há dúvida que a Família tem uma importância vital na prevenção dos consumos dos seus descendentes. Mas também os Professores e Pedagogos que cada vez, mais cedo, recebem as crianças nas escolas – ensino pré-escolar e escolar – têm concerteza um trabalho e responsabilidade muito grande na continuidade da educação, formação e prevenção na vida destas crianças.

Apesar de o 1º. Ciclo do Ensino Básico, estar mais ou menos sob vigilância dos Professores e das Escolas, nos 2º. e 3º. Ciclos, parece-nos mais difícil esta “vigilância”, uma vez que os jovens começam a estar mais despertos para outras realidades e experiências. A afirmação, o convívio com outros jovens de extractos familiares, sociais e económicos diferentes e também de diferentes áreas geográficas, os namoros, as aventuras, as novas experiências e por sua vez o universo de alunos aumentado, impossibilita uma vigilância mais apertada por parte dos professores e auxiliares das escolas.

O que é certo é que as escolas são um meio com elevado potencial, por um lado, para os comportamentos de risco, e por outro lado, para o investimento na prevenção, na informação saudável e na proposta para aquisição de estilos de vida saudáveis.

Paralelamente, não podemos esquecer que os Professores/Pedagogos também são pais, avôs e irmãos e que também têm que lidar, muitas das vezes, com este tipo de problemas. Importa, por isso, construir uma base de informação que permita conhecer a expressão pela qual certos segmentos particulares da Sociedade conhecem esta problemática da toxicodependência, ou estão sensíveis a ela, se a escola está em risco, dentro de

muros ou contígua aos muros, em relação às substâncias aditivas, e qual é o “pensar” dos professores sobre esta temática.

Temos consciência de que as campanhas generalistas implementadas até ao momento não tiveram o impacto que se previa, devendo canalizar-se os esforços para campanhas locais e direccionadas para determinados segmentos da população. Importa neste caso saber, se as actividades desenvolvidas pelos Planos Municipais de Prevenção, envolvendo a população escolar despertaram os Professores para esta realidade e de que forma podem “reagir” quando o problema lhes for colocado, inclusivamente como hipótese, a integração nos *curricula* da disciplina de Educação Para a Saúde.

Com base em todos estes pressupostos partimos de duas hipóteses de trabalho. A primeira é a seguinte: a maior parte dos Professores que leccionam no distrito de Viana do Castelo, porque não têm formação suficiente sobre a problemática das toxicodependências, estão pouco abertos a admitir que também têm responsabilidade na educação/prevenção das toxicodependências, delegando nos serviços de saúde e nos seus técnicos essa responsabilidade.

A segunda hipótese de trabalho prende-se com o acreditar que os docentes que já se sujeitaram a formação no domínio das toxicodependências, possuem competências acrescidas para uma melhor compreensão do fenómeno e desenvolvem uma intervenção mais consciente e esclarecida, ficando mais despertados para esta problemática, o que os motiva para o investimento na prevenção dentro das escolas, associada ao trabalho pedagógico nas suas disciplinas.

Em termos de metodologia optámos por realizar uma avaliação da evolução da política das drogas em Portugal com base nas leis publicadas e nas propostas de lei e projectos de lei referentes ao período de 1970 a 2004.

Não obstante, a aplicação em várias escolas de todos os concelhos do distrito de Viana do Castelo, de um inquérito por questionário, a dois grupos de professores (2º. e 3º. Ciclos), correspondeu à vertente empírica mais importante do nosso trabalho de investigação.

O instrumento utilizado incluiu diferente tipo de informação, no que se refere ao conhecimento das substâncias, aos tipos de consumo e suas consequências, ao conhecimento dos diferentes factores de risco e protecção, ao conhecimento de legislação, a atitudes, a valores, ao conhecimento/desconhecimento das técnicas e práticas preventivas (consultar questionário no anexo 1).

Este trabalho está inequivocamente dividido em duas partes. A primeira parte contempla o enquadramento teórico e sociológico da toxicodependência e a evolução que as estruturas e fenómenos tiveram ao longo destes anos. A segunda parte recai sobre a análise dos resultados do inquérito por questionário aplicado ao corpo docente.

No primeiro capítulo debruçamo-nos sobre o enfoque sociológico no que concerne à toxicodependência, como fenómeno bio-psico-social, ressaltando descontinuidades e fissuras sociais associados, de alguma forma, à problemática de (des)inserção, da marginalização e da fragilização dos laços sociais. São ainda lançadas as questões dos interditos, do controlo social e a discussão que se produz, inevitavelmente, em torno da definição das fronteiras da (a)normalidade, da (dis)funcionalidade e da (in)tolerância social. Seguimos no segundo capítulo com o delinear de algumas áreas de intervenção em Portugal e para o período entre 1970 e 2004, começando com a definição de Prevenção e os vários tipos de intervenções que ocorreram naquele período. Na parte final do capítulo divulgamos alguns dados que comprovam a importância das toxicodependências na sociedade contemporânea. Esta postura continua a ser seguida no terceiro capítulo com a abordagem do cenário actual existente em Portugal, insistindo nalguns estudos realizados, e tentando avaliar o posicionamento do Distrito de Viana do Castelo, que nos serviu de território de análise em termos empíricos.

Continuámos, na segunda parte, relacionada essencialmente com os resultados dos inquéritos realizados ao corpo docente, com o tecer de alguns pressupostos metodológicos que serviram de fio condutor à nossa investigação. Justificámos a técnica de investigação seleccionada, que nos permitiu aferir o perfil do professor das escolas do Distrito de Viana do Castelo, atendendo ao volume da amostra recolhida.

Interessa-nos registar e referir aqui os agradecimentos a várias individualidades, sem as quais, nos seria muito difícil ou até impossível realizar este trabalho e esta investigação. Em primeiro lugar, ao Dr. Fernando Mendes, meu ideólogo, investigador, especialista de referência nacional e meu grande amigo, que muito me ensinou, corrigiu apoiando-me, partilhou e alertou para os saberes e para a comunicação no âmbito da Prevenção das Toxicodependências.

Ao Professor Doutor Albertino Gonçalves, distinto Professor e investigador que com o seu saber e amizade me ajudou a nível da metodologia da investigação a percorrer os corredores recônditos da elaboração do questionário e saber depois ler os resultados desta aplicação. Momentos de grande crescimento que vivi, como aluno, amigo e como Profissional de Saúde a quem a Sociologia muito me tem ajudado.

À Professora Doutora Engrácia Leandro pela permanente e incansável disponibilidade para ouvir e, me ouvir, compreender e ajudar, pelo seu empenho, e pela alegria vivida no dia-a-dia na oferta e dádiva que fez ao Seu/Nosso/meu Curso de Mestrado.

Por fim, à Professora Doutora Paula Remoaldo, minha orientadora de Tese, que com o seu saber e tolerância, rigor, entusiasmo e incentivo, tornou possível que este trabalho não ficasse pelo caminho e que fosse uma realidade a dissertação do mesmo. Agradeço-lhe muito por ter percebido tão bem, as minhas angústias, os meus silêncios, medos, ignorância e também o meu entusiasmo.

Aos Professores e Escolas onde foi aplicado o presente questionário, que sem eles nada mesmo poderia ser feito.

À minha Querida Família – Esposa, Filhos e Pais – que muitas vezes se viram privados da minha companhia (e eu da deles) e ajuda, mas que nunca regatearam o apoio que me deram.

É mesmo verdade:

*O sonho começa, na maior parte das vezes, com um professor que acredita em você, que o puxa e empurra e leva para o próximo planalto, às vezes até aguilhoando-o com um bastão pontiagudo chamado verdade. Don Rather*

Ao longo deste percurso académico, concerteza que tive sentimentos, angústias e emoções e, continuo a ter, mas não possuo o engenho nem a arte e o talento necessário para conseguir resumir e com todos partilhar. Acreditem, que eram muitas coisas boas.

Concerteza que sentimentos e emoções as tive e tenho, mas não tenho o engenho nem a arte e o talento de as conseguir resumir e com todos partilhar.

A Sociologia ocupa um lugar fundamental no saber científico e desempenha um papel transversal a todas as disciplinas, traduzindo realidades complexas, de difícil interpretação e de exigentes conhecimentos, levando a que, depois de “traduzidos” os difíceis diagnósticos, possamos perceber de forma simples e clara, o porquê das coisas.

Para o nosso estudo, foi-nos extremamente útil o enfoque sociológico da toxicodpendência e o farol que nos guiou ao longo das várias etapas desta investigação.

## **I PARTE – A ABORDAGEM DA(S) TOXICODPENDÊNCIA(S) NO SEIO DA SOCIOLOGIA E O CENÁRIO EXISTENTE EM PORTUGAL E NO DISTRITO DE VIANA DO CASTELO**

### **1-(Alguns) Contributos para uma Sociologia da Toxicodependência**

#### **1.1-No campo dos interditos...**

Neste primeiro capítulo preocupamo-nos com o enfoque sociológico relativamente às toxicodependências debruçando-nos sobre algumas das teorias delineadas nas últimas décadas.

Assim como para Luís Fernandes (Fernandes, 2001: 153) todos os fenómenos inquietantes produzem questionamentos assentes sobre o binómio inclusão/exclusão, também o fenómeno da toxicodependência nos leva a deambular pelas questões do comportamento desviante e dos problemas sociais que tocam em domínios e espaços-problema reveladores de descontinuidades e fissuras sociais associados, de alguma forma, à problemática de (des)inserção, da marginalização e da fragilização dos laços sociais.

Enquanto comportamento desviante, o consumo de drogas lança-nos para a arena da norma, dos interditos, do controlo social e, conseqüentemente, para as discussões que se produzem em torno da definição das fronteiras da (a)normalidade, da (dis)funcionalidade e da (in)tolerância social.

Se o comportamento desviante se define em relação às normas, às expectativas e aos valores de um dado grupo social/sociedade (Cusson, 1994) sabemos também que a sua evolução depende da variação e do valor das normas. O uso de substâncias psicoactivas é uma constante histórica que tem variado, segundo as circunstâncias sociais, do normal ao patológico/desviante, sendo esta questão encarada como uma variável contínua importante para “definir um limiar a partir do qual o sujeito normal passa a ser portador de uma anomalia e, inversamente, o limiar a partir do qual, depois de submetido a um tratamento, ele pode ingressar de novo no espaço da normalidade” (Gonçalves, 2000: 19). Assim, se o comportamento desviante é produto de um juízo feito sobre determinada conduta, não o reprovamos por ser desviante, é desviante porque o reprovamos (Durkheim *in* Ferreira 1995).

O que torna a droga num desvio? É em função da ameaça que se associa a uma droga que a consciência colectiva enuncia de maneira explícita, pelas normas, ou induz de forma

implícita, pelas representações culturais, a ideia que a sociedade deve ter dela, sendo que a noção de perigosidade releva sempre de uma construção política que a situa no debate social. Por esse motivo se construíram categorias de drogas lícitas e ilícitas, categorias estas que denotam construções ideológicas, diabolizadoras de determinadas substâncias, mesmo quando as descobertas científicas demonstram similitudes nos mecanismos de dependência induzidos por todas as substâncias. Por exemplo, quando dizemos que alguém usa drogas referimo-nos, de forma muito particular e rotulada, ao consumo de drogas ilícitas. Quando afirmamos que alguém fuma cigarros e bebe cerveja, consideramos uma questão cultural, não fazendo parte do estereótipo social (Goode, 1993). Outro exemplo é dado por Nogueira Dias (Dias, 2002: 46):

“a verdade, é que, a forma como as sociedades hierarquizam os comportamentos os comportamentos nem sempre obedecem à racionalidade dos factos. Com efeito, o comportamento aditivo de muitos milhões de pessoas em todo o mundo, que consomem drogas para dormir ou acalmar angústias, não é encarado com o mesmo estereótipo da toxicodependência”.

O álcool é uma droga? Sim, se examinarmos os seus efeitos psicoactivos, mas deixa de ser nas representações das pessoas. Assim, noção de perigosidade/ameaça é retirada de um conjunto de factos históricos, culturais, económicos e políticos que modelam a opinião, criam expectativas e definem o que é a norma e o desvio (Morel et al. 2001: 110-116). Dizer que “a drug is something that has been defined by certain segments of the society as a drug” (Goode, 1993: 37) é percebê-la na sua subjectividade, como artefacto cultural, e romper com uma definição mais objectivista ou essencialista das drogas que a vêem como qualquer substância que causa significativas mudanças psicológicas ou físicas no corpo.

Este debate sobre a dicotomia objectividade/subjectividade vem realçar a construção das fronteiras ou dos *parênteses simbólicos*, na expressão de Erikson, que definem os comportamentos como desviantes ou os fenómenos como problemas sociais. Objectivamente, um problema social é definido pela existência de uma condição concreta e real de dano que causa à sociedade ou aos indivíduos. Subjectivamente, uma condição existe como problema social quando ela é vista, julgada e definida como problemática, ou seja, é objecto de movimentos sociais, sujeita a processos de criminalização, colocada como problema no ranking das preocupações do país, ganhando direito de entrada quer na arena das discussões públicas, quer enquanto alvo de medidas, formais e informais, para lidar com o

problema (Goode, 1993; Carmo, 2001; Charon, 2002; Spector e Kitsuse [1977] *in* Franco, 2004).

O consumo de drogas tem sido, quer em Portugal, quer nos restantes países ocidentais, alvo de preocupação social, política e científica sendo que a sua transformação em objecto de análise sociológica e de práticas discursivas e interventivas tem mostrado que a toxicodependência é um conceito polissémico que não reúne consensos e que se encontra na charneira entre as definições científicas, com raízes nos séculos XIX e XX, e as crenças do senso-comum, imemoriais, que uma análise arqueológica do consumo de drogas nos permite perspectivar (Poiares, 1999: 4). Como defendem Kitsuse e Spector (*in* Carmo, 2001: 47) problematizar sociologicamente o surgimento do rótulo de desvio é fundamental para se chegar a uma teoria social dos problemas sociais.

Segundo Carlos Poiares (Poiares, 1999), o século XIX inaugurou a problematização do consumo das drogas, com a incidência das observações médicas e jurídicas. Esta vertente veio acentuar o lado disfuncional e problemático do fenómeno produzindo um pânico moral que veio reclamar intervenção e controlo. As práticas da droga científicaram-se, durante o século XX, mas com ela apenas se racionalizou aquilo que a construção social foi considerando como o grande culpado dos males da civilização – o binómio droga/demónio químico. Esta codificação discursiva inicial faz com que a droga passe a ser o centro dum campo de interditos e, deste modo, podemos ver como a “produção da verdade” produz campos de exclusão, faz emergir novas formas de desvio e desencadeia processos de criminalização (Fernandes, 2001: 156; Fernandes e Pinto, 2002).

O recuo temporal que aqui pretendemos privilegiar é aquele que nos conduz à época em que o fenómeno da toxicodependência começa a ser visto como problema social<sup>1</sup>, abrindo-se a novas perspectivas, um pouco mais libertas das concepções e da esfera médica que até então se faziam sentir como paradigma e modelo explicativo (*in* Valentim, 1997). “A droga não é apenas um corpo (químico) que se infiltra por todo o corpo social através do corpo físico. É uma constelação de actores, comportamentos, situações a tal ponto problemáticas que engendram nas explicações culturais a sua representação como ‘flagelo’,

---

<sup>1</sup> Segundo Poiares (2003: 76), a toxicodependência transforma-se em problema social, durante os anos 50/60, nos Estados Unidos e na década de 60/70 na Europa, sendo que em Portugal, podemos encontrar em Agra (1998) três grandes períodos e configuração de fenómeno das drogas: o *hedonismo solitário*, visível nos anos 50, em que a droga ainda não era percepcionada como problema social e era consumida em determinados círculos sociais de estatuto económico, social e profissional elevado; nos anos 70, a droga surge como problema social, “primeiro o olhar, depois a fala, em seguida a acção social, vieram trazer à luz da experiência cultural portuguesa uma nova entidade problemática fonte de preocupação colectiva e desencadeadora de reacção social geral” (ibidem: 56). De *estilo solidário* os consumos passam a integrar as experiências dos adolescentes/ jovens associados a outros elementos culturais como a música, a moda, o *look*. A partir dos anos 80, passando para a fase da *identidade substantiva*, o uso desviante das drogas torna-se transversal a todas as classes sociais, trazendo à berlinda discursiva e científica, quer os actores do “mundo das drogas” quer o acréscimo de problemas e de outras formas de desvio.



‘mundo’, ‘submundo’” (Agra, 1998: 57) e que fazem surgir novos pontos de perigo: os sítios da droga e os espaços psicotrópicos, as subculturas da droga-crime e os estilos de vida próprios como o “estilo de vida *junkie*” (Fernandes, 1998, 2001; Fernandes e Ribeiro, 2002; Agra, 1998, Franco, 2004).

Assim, mais ou menos diabolizado, o problema-droga, na sua tríplice dimensão: “a de mercadoria, que a torna objecto de relações jurídico-económicas e fiscais; lúdica e terapêutica, em que funciona como meio de desinibição e fomenta o convívio social, ou como tratamento médico; e, enfim, enquanto objecto e causa de criminalidade” (Poiares, 1999:4) foi comportando novas formas de definição social e uma marcada politização. Esta componente social e cultural do uso das drogas torna-se evidente, segundo Nogueira Dias (Dias, 2002), por várias razões, que passam pela já referida *visibilidade* que assume, fruto da construção de um *discurso social* e de um *sistema de conhecimento* que tem problematizado o fenómeno. Pela sua *estrutura de relações sociais* e actores que envolve. Pelas conquistas sobre o *espaço*, ou seja, o espaço da toxicodependência deixa de ser apenas um espaço íntimo e individual para entrar na esfera do social. Como processo, influencia e é influenciado por um *tempo social*, “o tempo da moda sobre o assunto, o tempo da conveniência e da oportunidade, o tempo das políticas governativas, o tempo das políticas de intervenção social, o tempo das solidariedades...” (*Ibidem*: 51); exteriorizado como um mal da sociedade, as *consequências sociais* do consumo ultrapassam os efeitos físicos, estendendo-se a todos os níveis: afectivo, relacional, laboral, jurídico, entre outros.

O problema-droga vai exigindo sempre uma dose de *reflexividade*, ainda mais numa sociedade que se caracteriza pela capacidade de reflectir sobre si própria. Sabemos que o valor central nas nossas sociedades tornou-se a soberania do indivíduo, onde tudo se metamorfoseia em instantes, num mundo dinâmico e constantemente interessado na impermanência. Aqui, encontramos estreitas ligações entre o mundo ligado à modernidade e o mundo dos psicotrópicos, ou seja, “(...) as drogas surgem, tecnicamente, economicamente, socialmente, corporalmente, no momento exacto para facilitarem a cada um o acesso a esta metamorfose do tempo, do espaço e do outro” (Morel et al. 2001: 42).

Como não sublinhar a contradição? Questiona-se Morel et al. (2001: 65). Por um lado uma sociedade que é coagida pela pressão da protecção, procurando assegurá-la pela prevenção dos riscos (vejam-se todos os intentos e esforços legislativos e da política social), por outro, indivíduos à procura de sensações euforizantes e predispostos a experimentar novos papéis e a substituir os interditos pela fruição, na procura de uma vida marcada pela

“sedução non stop”<sup>2</sup> (Lipovetski, 1989). Tempos suspensos, transformados em *moratórias psico-sociais*, utilizando a expressão de Erikson (*in* Ferreira, 2000: 62), em que se experienciam esses novos papéis e se busca por uma identidade, cuja formação dependerá da capacidade do indivíduo em agir e se afirmar. A existência subjectiva quando vivida como descontinuidade poderá contribuir para o aparecimento de manifestações de oposição ao normativo.

## 1.2 – Contributos teóricos: o “fio de prumo” indispensável

O problema da toxicodependência, transformado em fenómeno bio-psico-social, tem reclamado uma multiplicidade de investigações, ancoradas a um registo pluridisciplinar, que permitiram abrir novos domínios de pesquisa e produção de saber bem como novas orientações metodológicas. Afinal, a preocupação deixa de residir apenas na substância ou no indivíduo, vistos isoladamente, para abarcar a conjugação de uma substância com um organismo/personalidade, num determinado contexto social, regido por um conjunto de valores e tradições culturalmente transmitidas que favorecem a emergência de práticas e consumos. Nenhuma destas variáveis actua isoladamente sendo que é “da interacção entre elas que resulta a emergência da síndrome de dependência” (Ribeiro, 2001: 75). Nesta esteira, e segundo Agra (*in* Poiares, 2003: 76) a ciência deve ser analisada mais nas suas características de confluência, de complementaridade e de hibridação do que de clivagem e corte.

As duas grandes orientações filosóficas de pensamento (cf. Dias e Andrade, 1997; Gonçalves, 2000; Herpin, 1982; Goode, 1993), uma de índole mais positivista e a outra mais relativista, atravessam, igualmente, o problema da toxicodependência.

A primeira assume que o “desvio existe na experiência objectiva das pessoas que cometem os actos desviantes e das que respondem a esses actos” (Lima, 2001: 192), ou seja, focalizam-se no desviante e no comportamento desviante, procurando conhecer as suas causas para poder elaborar as leis que regem o fenómeno. A droga e a dependência são dados, cujas causas podem ser encontradas em dois principais factores: os de ordem interna e os de ordem externa. Nos primeiros, o indivíduo desviante é encarado numa perspectiva médica, apresentando sintomas de desequilíbrio e de doença, sendo que o mal esta-

---

<sup>2</sup> Para Lipovetsky (1989: 17-32) a *sedução non stop* é no fundo uma vaga característica do nosso tempo que “substitui a coerção pela comunicação, o interdito pela fruição, o anónimo pelo feito por medida, a reificação pela responsabilização, e que, por todo o lado, tende a instituir um clima de proximidade, de ritmo e de solicitude liberta do registo da lei (...). Toda a vida das sociedades contemporâneas é doravante governada por uma nova estratégia que destrona o primado das relações de produção em proveito de uma apoteose das relações de sedução”.

ria localizado no próprio indivíduo, de acordo com um “processo invariante sujeito a uma universalidade objectiva psico-biológica” (Valentim, 1997: 84, cf. Gonçalves, 2000; Dias e Andrade, 1997). Nos segundos, em que o enfoque se encontra na norma social e o mundo das drogas é visto como uma perda de sentido, como um todo homogéneo e anómico.

Em contraposição, encontramos uma perspectiva mais relativista da ciência, para a qual o problema já não é o de caracterizar aqueles que transgridem as normas e procurar, nas suas personalidades ou condições de vida, os factores susceptíveis da transgressão, mas estudar o processo de exclusão social pelo qual o indivíduo acaba por ser considerado como desviante. Para isso assumem que não existem critérios universais para o conhecimento, uma vez que a definição do que seja um problema ou um desvio será sempre relativa a um rótulo colocado. O fenómeno da droga é, deste modo, encarado como fenómeno multifactorial que se perspectiva na “contextualização social onde confluem não só as múltiplas relações dos indivíduos com as substâncias, mas principalmente as relações dos indivíduos com os “outros” mediados pelas substâncias, entendidos todos estes actores como actores sociais” (Valentim, 1997: 84).

Se o consumo de drogas é visto, nesta perspectiva, como um acto que depende do sentido que faz para o sujeito e da forma como ele “interacciona esse comportamento enquanto símbolo de alguma coisa em si e que a reacção dos outros lhe devolve também enquanto símbolo” (Fernandes, 1998: 42), então a questão central passa a ser a de entender como é que a “realidade faz sentido para as pessoas e através de que processos estas dão e partilham significados sociais” (Hermano, 2001: 40). Olhar para o mundo da droga por lógicas de sentido, permite-nos afastar a ideia dos mundos anómicos e olhar para o desviante como actor social, com uma (sub)cultura estruturada, com hierarquias e leis e capacidade de transmitir aos outros essa condição social (Fernandes, 1998; Sebastião, 1998). Isto ocorre, principalmente, se partirmos da ideia de que as ocasiões de consumo são ocasiões de sociabilidade, logo a interacção social torna-se um factor decisivo no processo de formação e mudança nos hábitos de consumo e para a aprendizagem de rituais de consumo como sendo uma actividade com significado cultural (Dias, 1999: 130).

Se as explicações para o problema da toxicod dependência são tantas quantas as correntes teóricas e as áreas do saber, privilegiar as de âmbito sociológico não nos retira, certamente, complexidade na análise do fenómeno. Que discussão e que dilemas se impõem, então, numa análise deste tipo?

Mediados pela proposta de Dias e Andrade (1997: 244-249), procurou-se organizar os quadros teóricos em duas grandes orientações: a primeira onde podemos incluir as teo-

rias etiológico-explicativas do comportamento desviante exemplificadas pelas teorias da anomia, da transmissão cultural, da aprendizagem social e do controlo social que, olhando para as estruturas sociais, “continuam a prestar homenagem às representações fundamentais do positivismo: a aceitação da ordem social como um dado; a crença em que o [comportamento desviante] se pode substancializar como algo intrinsecamente mau e em que o [desviante] é necessariamente diferente do cidadão normal; o postulado de que o [desvio] é sempre o resultante de factores que não deixam outra alternativa de comportamento” (Dias e Andrade, 1997: 244). A segunda vertente inclui perspectivas de base interaccionista que se preocupa em demonstrar, por um lado, que o desvio não é o produto da transgressão dos indivíduos, mas uma forma de reacção social que provém da natureza do próprio controlo social (Ferreira, 1995) e, por outro, a projecção da ordem social sobre os desviantes, ou seja, de que forma os “desviantes estigmatizados (...) serão forçados a elaborar soluções que lhes permitam sobreviver melhor ou pior à rejeição” (Cusson, 1994: p. 399).

### **1.2.1 – A primeira orientação: a sociedade tem os desviantes que merece**

A introdução do social na explicação dos fenómenos desviantes, se veio disseminar teorias e permitir complementar as manifestas limitações tradicionais da visão puramente clínica do desvio e do modelo médico-sanitário de observação e controlo do fenómeno (Valentim, 1997, Fernandes e Pinto, 2002) não deixou de sofrer profundas influências desta visão que perspectiva o desvio como patologia social, produto de uma “sociedade doente”. Uma sociedade enfraquecida na sua tutela normativa, fruto quer do enfraquecimento das agências tradicionais de socialização, quer da extensa diferenciação funcional que deixa grande margem de liberdade aos indivíduos, levando ao crescimento do individualismo e a uma menor eficácia das crenças colectivas. Assim, e retomando Durkheim (1991, 1996) e o seu conceito de anomia, os comportamentos desviantes surgirão quando as regras sociais e os valores que orientam e fundamentam as aspirações dos indivíduos perdem a sua força, promovendo a diminuição da consciência colectiva e da densidade moral. Esta ‘doença da desmedida’, que Cazeneuve (1982 *in* Dias 1999: 38) chama à anomia, surge da falta de referências que organizam e limitam os desejos e as aspirações do indivíduo.

Assim, o comportamento desviante, apesar de poder estar materializado em cada indivíduo, está, à luz da interpretação mertoniana, intrinsecamente relacionado com a estrutura social e cultural. O que está em causa é a existência de uma dissociação, de um fosso, entre as aspirações culturalmente legítimas, instiladas por uma cultura que veicula

valores que giram em torno do sucesso material, do estatuto e do prestígio, do hedonismo e do prazer e as vias socialmente estruturadas ou as oportunidades reais de satisfação que a estrutura social oferece. As manifestações de não conformidade são, segundo Merton (1959), precedidas da existência de uma tensão anómica<sup>3</sup> que significa o estado de instabilidade e desorganização social ao qual os indivíduos se procuram adaptar<sup>4</sup>.

Este olhar sobre a desorganização social, como estando na génese do comportamento desviante, faz-nos retomar os trabalhos da Escola de Chicago, dos anos 20/30, que tomaram como objecto de estudo os “modos desviantes” dos espaços urbanos, dirigindo o seu olhar para as *zonas intersticiais* (Thrasher in Coulon, 1995), onde se joga uma vida social paralela, e que possuem uma espécie de propriedade desviante, accionável independentemente dos indivíduos. Esta “condição quase carceral do gueto”, na expressão de Loïc Wacquant, é propícia à disseminação de comportamentos desviantes e de práticas ilegais. Uma área natural transformada em *território acossado* (Fernandes, 1998) e transmissora de culturas desviantes. O *ghetto*, pelas características endémicas que apresenta, acaba por transmitir de geração em geração os problemas que comporta e que gera: a pobreza, o desemprego, a economia subterrânea, as baixas qualificações profissionais associadas ao abandono escolar, a prática delinquente, os consumos e as dependências, a disfuncionalidade familiar e a conseqüente marginalidade e exclusão social. Segundo Cohen<sup>5</sup>, seriam as classes desfavorecidas, especificamente os jovens pertencendo a esse grupo, as mais vulneráveis a estes processos que marcam as desigualdades de oportunidade. Ao tentarem sobreviver a essa frustração, esses jovens seriam compelidos a iniciar um processo competitivo, através de condutas desviadas, vistas como uma solução colectiva para os problemas de status, necessidades e frustrações que afectam as classes baixas, originando uma subcultura desviante, caracterizada pela rejeição dos valores da classe média e substituição, por novos valores, com os quais sentem que podem ter sucesso.

---

<sup>3</sup> Pedro Moura Ferreira (2000: 59), deambulando em torno da perspectiva mertoniana de anomia, refere: “Uma das formas de a anomia gerar uma menos conformidade social reside no facto de afectar as condições de relacionamento e comunicação familiares. A existência de bons ou maus climas relacionais afecta não apenas a capacidade de as famílias incutirem (...) orientações e valores convencionais, mas também mina a natureza e eficácia dos controlos. (...) Uma segunda forma de a anomia condicionar os níveis de conformidade é através do bloqueio das aspirações escolares, que se traduz no desinvestimento educativo e no desenvolvimento de sentimentos de desinteresse, afastamento e frustração em relação à escola”.

<sup>4</sup> A este respeito Merton (1959) desenvolveu uma tipologia de “modos de adaptação” a situações anómicas, definidos pelo cruzamento de duas orientações: a aceitação/ rejeição de metas culturais e a aceitação/ rejeição das normas e dos meios institucionalizados pela sociedade para atingir esses objectivos. Do cruzamento destas orientações encontramos os cinco tipos de adaptação individual: o *conformismo* que surge como a forma de comportamento mais comum e que passa pela aceitação, quer dos objectivos culturais, quer dos meios instituídos; o comportamento de *inovação* que resulta de uma assimilação dos objectivos culturalmente estabelecidos não acompanhado de uma interiorização das normas e dos meios sociais para os atingir; na resposta *ritualista* verifica-se um abandono ou diminuição das aspirações e uma focalização nos meios; a *introversão* implica uma recusa, quer das metas culturais quer dos meios institucionais, o que significa ficar na margem social, como é o caso, de actividades autistas, dos alcoólicos, dos toxicodependentes, entre outros; por fim, o comportamento de *rebelião* que expressa uma insatisfação e recusa dos objectivos e dos meios, mas com significativos avanços na proposta de uma nova estrutura cultural e social (Cf. Costa, 1999; Gonçalves, 2000; Dias e Andrade, 1995; Ferreira, 1995).

<sup>5</sup> Na sua obra *Delinquent Boys*, escrita em 1955 (in Costa, 1999; Coulon, 1995; Herpin, 1982).

Estes conceitos de cultura e subcultura, trabalhados por Albert Cohen, retomaram os trabalhos desenvolvidos por Sutherland (1937), no âmbito da sua teoria da *associação diferencial*, e para quem o comportamento desviante sendo um produto da aprendizagem assenta na consideração de que quer a motivação para o desvio quer o conhecimento dos procedimentos para o cometer são apre(e)ndidos (por imitação) através de processos de comunicação no interior de grupo. Deste modo, os desviantes serão pessoas absolutamente normais, que apenas receberam influência de padrões favoráveis ao desvio e isto porque, segundo o autor (*cit in* Coulon, 1995: 79):

“não se nasce desviante ou delinquente, fica-se sendo por ‘associação diferencial’, por aprendizagem, por se estar exposto a um meio criminoso que considera como ‘natural’ essa actividade e que impõe aos indivíduo uma carga de significações sociais e de ‘definições da situação’: não se é desviante ou delinquente por afinidade, mas por filiação”.

Assim, o comportamento desviante é esperado e encorajado em determinados círculos sociais onde existem atitudes favoráveis à transgressão e desencorajado ou punido em outros.

Procurando vincular a formulação de *anomie* de Merton à transmissão cultural e à associação diferencial, Cloward e Ohlin, através do conceito de “sistema de oportunidades diferenciais ilegítimas”, mostram que o comportamento desviante é, simultaneamente, fruto de uma inadaptação social às normas e aos valores da sociedade e uma consequência do modo de agir e de pensar da subcultura adoptada (Costa, 1999: 55). O argumento dos autores vai no sentido de considerar que o comportamento desviante está associado às “estruturas de oportunidades sociais”, ou seja, os indivíduos, quando privados da igualdade de oportunidades e passando a dispor de meios ilegítimos para alcançar as metas culturais, “adaptam-se” às alternativas não conformistas. O comportamento desviante será, neste sentido, uma conduta adaptada em certos meios às oportunidades desses mesmos meios. Continuando nesta linha, argumentam que seja qual for a posição na estrutura social, os indivíduos não têm acesso a todos os meios legítimos e ilegítimos por igual. Nesta base, criam a figura do “duplo fracasso” ou do “duplo fracassado”, que é aquele que se sente nas margens de quase tudo.

Até agora temos vertido o nosso olhar para as teorias que procuram compreender os factores de risco social, ou seja, aquelas que têm procurado diagnosticar as variáveis sociais que aumentam a probabilidade de ocorrência de dado comportamento. Apontando

ora para factores de desregulação e desorganização social, ora para a influência da(s) (sub)cultura do meio social em que o sujeito está inserido, passando pelas falhas e carências específicas no processo de socialização. Contudo, estas teorias continuam a não conseguir explicar por que é que uma dada actividade é apreciada e concretizada por uns e não por outros e, neste sentido, as teorias do Controlo Social surgem, propondo superar o que consideram a mais grave lacuna do conteúdo explicativo das teorias da transmissão cultural – revelarem-se insuficientes para explicar as diferentes respostas dos indivíduos colocados numa mesma posição. Questão que será reformulada, também, pelas teorias da rotulagem ao procurar superar as explicações do *desvio primário*, introduzindo a noção de *desvio secundário*.

Autores como Reckless, Nye e Hirshi (in Dias e Andrade, 1997; Gonçalves, 2000; Goode, 1993; Costa, 1999), procurando compreender o que causa a conformidade, uma vez que defendem que o impulso para o desvio é *natural*, mostram que a maioria de nós não desvia porque existem fortes laços (*inner and outer containments*, segundo Reckless) que nos ligam ao convencional, mesmo quando existem forças internas e externas que impelem o indivíduo para optar por soluções desviantes.

Quando as vinculações ao convencional são intensas, mostra-nos Ferreira (2000: 58), “um dos incentivos de adesão advém do facto de não se desejar provocar a reacção ou a desaprovação por parte dos outros. (...). A presença do controlo interno traduz uma adesão voluntária à ordem moral (...). Os controlos externos sublinham a importância das reacções negativas dos outros e das sanções, cuja origem é exterior aos indivíduos”. Se essas fronteiras se encontram enfraquecidas, o nosso laço com a normatividade é também mais ténue, logo estaremos mais livres para desviar. Assim, nesta perspectiva, o desvio não estará ligado ao facto de o indivíduo/grupo estar preso a uma subcultura, mas ao facto de ver enfraquecido o vínculo com a sociedade. Segundo Hirshi, quanto maior for a ligação (*attachment*) com os outros convencionais, quanto maior o comprometimento ou empenho (*commitment*) com as instituições sociais, quanto mais forte for o envolvimento e a participação (*involvement*) em actividades sociais e quanto mais acreditarmos (*belief*) na validade das normas sociais, menos estaremos disponíveis para quebrar as regras sociais.

Assim, se é importante conhecer os factores de risco que podem desencadear comportamentos desviantes, olhar para os factores de protecção surge como um esforço que estas teorias não deixam obnubilar. Sabemos que nem todos os indivíduos submetidos às mesmas condições (internas ou externas) têm o mesmo destino e para compreender estas diferenças de futuro não podemos desconsiderar a importância desses atributos individuais

ou condições situacionais/ ambientais que surgem como “mediadores entre os cenários sociais, a influência social e as escolhas individuais”, no que diz respeito a um estilo de vida desviante ou não (Matos, 2002: 37). A identificação quer de factores de risco quer de factores de protecção, além de permitir uma melhor compreensão de comportamento desviante, tem contribuído para o avanço de esforços preventivos eficazes.

### **1.2.2 – A segunda orientação: a sociedade tem os desviantes que quer**

Nos finais da década de 50, teóricos influenciados pelo interaccionismo simbólico<sup>6</sup>, como Howard Becker e Edwin Lemert, começaram a questionar as ideias tradicionais, procurando demonstrar que o desvio já não seria somente a infracção de uma norma social, mas a reacção da sociedade a essa infracção, ou seja, será o conjunto de normas e das instituições sociais de controlo que fazem com que determinado comportamento seja visto como desviante.

“Os grupos sociais criam a desviância instituindo normas cuja transgressão constitui essa desviância e aplicam essas normas a certos indivíduos rotulando-os de outsiders. Neste ponto de vista, o desvio não é a qualidade do acto que a pessoa pratica, mas a consequência da aplicação, por parte dos outros, de regras e sanções ao desviante” (Becker, 1973: 9).

Neste seguimento, introduzem uma nova distinção entre a violação do padrão normativo e o que se considera desvio comportamental. Partem do princípio que todos os indivíduos violam normas uma vez ou outra, mas a maior parte das violações de regras é normalizada, racionalizada e sem efeito pejorativo para a identidade pública da pessoa. Em algumas situações a violação das regras deixa de ser normalizada ou racionalizada e a identidade da pessoa é transformada e rotulada como desviante.

Deste modo, o comportamento desviante deixa de ser visto como uma série de características de indivíduos e grupos, para passar a ser um “processo social interactivo, protagonizado por pessoas desviantes e por outras que o não são” (Ferreira, 1995: 444). A acção passa dos indivíduos e das suas acções para a dinâmica envolvida ao definir socialmente certas actividades e indivíduos como desviantes. O comportamento desviante não é uma questão de ‘inadaptação cultural’, mas um problema político, obviamente vinculado a uma

---

<sup>6</sup> Dos autores que contribuíram para o corpus teórico-metodológico do interaccionismo simbólico três nomes são obrigatórios: George Herbert Mead, Blumer e Goffman.



problemática de identidade (Becker, Erikson e Kitsuse *in* Velho, 1974: 24), ou seja, entre a imagem que o indivíduo tem de si e aquela que o seu grupo e o meio social têm dele.

Esta situação faz perceber que a tendência será rotular como desviante aquele que não goza da capacidade de influência no sistema do controlo social, o que explica que grande parte dos processos de rotulação venham a recair não sobre as classes económicas, políticas e socialmente mais poderosas, mas sobre as classes socialmente desfavorecidas (como veio a acentuar a criminologia radical nos anos 70), expressando a estrutura de poder da sociedade. Como consequência surge uma divisão social entre duas categorias que tendem a perpetuar-se e a criar assim um mecanismo simbólico de controlo social (Gonçalves, 2001: 114).

Pouco preocupados com as questões etiológico-explicativas do desvio, procuram compreender como é que a prática desviante se desenvolve e ao interessar-se pelo processo no termo do qual os indivíduos são considerados estranhos ao grupo, acentuando, como vimos, a importância dos *moral entrepreneurs* (fazedores ou empreendedores da moral). Na definição do que é o desvio, não descurem uma das premissas-base do interaccionismo simbólico – os indivíduos têm a capacidade de codificar e decodificar os significados das suas interações e, neste sentido, participam na construção da própria realidade social. Esta capacidade interpretativa permite aos indivíduos reagir à pressão do controlo social e definir as modalidades de desvio comportamental que melhor se lhes adequam (*in* Ferreira, 1995: 444). Este olhar para o desviante, como um agente activo do desvio, é perspectivado como *sujeito autopoietico* (Agra, 1997, 1998:101), detentor de vontade, que se cria e reinventa a si próprio, à medida que caminha e apreende as diferentes influências do mundo, marcadas por graus diferentes de poder, de saber e de julgar.

Através do conceito de carreira desviante e, especialmente interessado na carreira do *fumador de marijuana*, Becker (1973) procura mostrar que não são as motivações desviantes que produzem o comportamento, uma vez que o desvio é aprendido, mas a persistência na situação que permite a aquisição de motivações desviantes. Se é “a partir das relações institucionais que as escolhas entre as identidades conformistas e de oposição vão sendo desenvolvidas (...) é no e pelo grupo que se encontram e aprofundam as referências, os apoios e a modelagem necessários ao desenvolvimento da identidade” (Ferreira, 2000: 64), aliás como nos mostra Becker:

“Porque eles crêem que iniciaram uma viagem, viagem sem parança, e que vão acabar por perder a cabeça e começar a fazer montes de coisas bizarras. É preciso tranquilizá-los (...) que

aquilo vai passar. É preciso apenas persuadi-los a não ter medo. Falar-lhes sem parar, sossegá-los...e começar a contar-lhes a tua própria história (...). Tu continuas com isto sem interrupção e rapidamente, à força de lhes falares, eles deixam de ter medo. Além disso vêem que tu fazes a mesma coisa e que nada te aconteceu de terrível e isso dá-lhes mais confiança” (Becker *in* Campenhoudt, 2003: 83-84).

Nesta trajetória de se tornar desviante o indivíduo adquire competências, consolida motivações e aprende as justificações necessárias que lhe permitem definir uma identidade (Xiberras, 1993: 125; Goode, 1993: 71). Cada etapa é interpretada na base de sensações que se produzem (contacto e aprendizagem técnica e cognitiva), das relações com o grupo restrito (aprendizagem cultural) e com o universo de quem os critica e rótula. Nesta fase de afiliação, segundo Matza (*in* Costa, 1999: 60), o sujeito está “em condições de decidir se arca (ou não) com as consequências (...), isto é, se quer integrar (significação) a ‘imagem’ desviante que a sociedade atribui aos que colaboram nesse tipo de comportamento”. Persistir na prática implica resistir aos poderosos controlos sociais e aqui surge a necessidade de fazer emergir subculturas, de “estigmas partilhados” (Goffman, 1988), onde a prática do desvio não seja visto com tal, mas como a norma.

Em todo o caso, sublinhe-se, o indivíduo pode a todo o momento ‘regressar’ do processo de marginalização, dependendo de si a tomada de decisão pois, como refere Morel et al. (2001: 123) em cada indivíduo existe uma margem de aceitabilidade do risco, uma margem que, influenciada por dimensões culturais e sociais, constitui o espaço deixado à liberdade de escolha de cada um de desviar ou não.

A perspectiva interaccionista consegue fazer convergir, para uma mesma explicação, “a pessoa que emite o julgamento do desvio, o processo que chega a esse julgamento e a situação dentro da qual ele é produzido” (Becker *in* Lima, 2001:195-196).

A ideia de que os comportamentos desviantes e problemáticos são definições sociais é partilhada igualmente pela perspectiva crítica ou radical<sup>7</sup>. A grande diferença reside no enfoque macro-social que estas últimas privilegiam. Secundarizando, também, a questão etiológica, questionam o modo como o problema é definido e constituído pelo conjunto das instâncias (in)formais de controlo social. Assim, a construção das categorias legais e sociais de desvio são fruto das actividades de grupos específicos, de diferenciais de poder

---

<sup>7</sup> Perspectiva que se afirmou já na década de 70. Surgiu nos Estados Unidos (com Schwendinger, Quinney, Platt) e na Inglaterra (Taylor, Walton, Young) ao mesmo tempo, irradiando depois para os países europeus sobretudo Alemanha (Kaiser, Sack, Feest, Scumann), Itália (Mellossi, Pavarini, Baratta), Holanda, França (Foucault), Países Nórdicos, Canadá e em Portugal (Boaventura Sousa Santos) (Dias e Andrade, 1997).

económicos e políticos que constroem o próprio acto desviante. O desvio passa a ser uma questão de quem pode aplicar o rótulo e a quem e as categorias legais são “conceitos ideológicos” elaborados de forma a criminalizar condutas sentidas pelos poderosos como eventualmente ameaçadoras da distribuição de poder, riqueza e privilégios.

Vimos que a sociologia dos comportamentos desviantes tem vindo, paulatinamente, a questionar o modelo positivista de análise, essencialmente causal e explicativo, direccionando o seu olhar para o conhecimento do valor e do significado da reacção social na configuração do desvio, bem como o modo concreto de actuar dos processos de rotulação. Contudo, cada proposta teórica traz consigo diferentes dinâmicas de problematização social, bem como, diferentes propostas políticas de acção que se manifestam nas diferentes “arenas de discussão públicas” (Hilgartner e Bosk, 1988 *in* Franco, 2004: 120): os espaços social, legislativo e executivo, mediático, científico, das organizações políticas, religiosas e de outros grupos sociais de intervenção. Segundo Agra (1997), o discurso social sobre o fenómeno da droga tem estado polarizado ora entre políticas de repressão ou despenalização ora de liberalização. Atacar, controlar, deixar à solta “eis a substância da questão” política.

A este nível, Portugal tem procurado, quando comparado com os países europeus, traçar caminhos de modernidade principalmente no que diz respeito à regulamentação e legislação no campo das toxicodependências. Um campo enquadrado numa política de redução dos riscos e minimização de danos, com uma lei que descriminaliza o consumo de substâncias psicoactivas (Decreto-Lei n.º 30/2000), associado, a si, outras iniciativas e formas de prevenção, investigação e intervenção social, coordenadas e integradas territorialmente (cf. [www.idt.pt](http://www.idt.pt)).

Mas o fenómeno da toxicodependência tem-se mantido como problema social preocupante, ressurgindo com novas configurações e protagonistas e com alterações do seu conceito. A este respeito, e utilizando as palavras de Agra (1997), “o fenómeno da droga está longe de ser conhecido e controlado”. E por isso ser necessário discutir a construção de *novos paradigmas* e dispositivos críticos, capazes de explicar e agir sobre as drogas. Nesta vigilância crítica, tão defendida pelo autor supra referido, pretende-se mostrar que o fenómeno “droga” é um *campo cultural tensional*, que ao mesmo tempo que revela “profundas rupturas sociais (...) obriga a um inabitual *pacto comunicacional* entre estruturas culturais até aqui fechadas sobre elas próprias”.

### 1.3-Conclusões

De tudo o que expusemos antes ressalta o facto de o Homem ser um Ser aditivo. Ao longo dos tempos e perdido na História, o Homem usou/utilizou/consumiu diferentes substâncias, hoje entendidas e estudadas como psicoactivas, conforme as circunstâncias sociais. Sabemos também hoje, à custa de evoluídos estudos, que muitas substâncias, apesar de “lícitas”, têm mecanismos de dependência iguais/semelhantes às substâncias ilícitas.

O consumo de substâncias psicoactivas é um dano causado à Sociedade e por isso aos indivíduos. Este dano tem envolvido inúmeras preocupações que ultrapassam em muito as fronteiras de um país. Por isso envolve em si discussões de vária ordem, à direita e à esquerda, numa esfera política, social e científica. Esta preocupação e visibilidade tem maior dimensão, e por isso a magnitude do problema, quando a própria Europa criou o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (O.E.D.T.), para estudar, observar, investigar e decidir sobre metas e objectivos nestas matérias complexas. Do outro lado do Atlântico, nos Estados Unidos da América, há idêntica preocupação, inclusivamente no combate à fabricação e redes/rotas de narcotráfico.

A droga não é apenas um corpo (químico) que se infiltra a partir do corpo físico no corpo social. Assume-se também como uma constelação de actores, comportamentos e situações complexas representadas socialmente como um ‘flagelo’, um ‘mundo’ e até ‘submundo’ (Agra, 1998) e que faz surgir novos pontos de perigo: os sítios da droga e os espaços psicotrópicos, as subculturas da droga-crime e os estilos de vida próprios como o “estilo de vida *junkie*” (Fernandes, 1998, 2001; Fernandes e Ribeiro, 2002; Agra, 1998; Franco, 2004).

Assim, mais ou menos diabolizado, o problema-droga, na sua tríplice dimensão (mercadoria, lúdica e terapêutica), foi comportando novas formas de definição social e uma marcada politização.

Tenhamos assim noção que o fenómeno da toxicodependência deixa de ser apenas um espaço íntimo e individual, para entrar na esfera social.

Com esta ideia, Morel *et al.* 2001 está mais que a actualizar uma ideia/realidade que a Nossa Sociedade está a viver e que se caracteriza pela capacidade de reflectir sobre si própria. O valor central nas nossas Sociedades tornou-se na soberania do indivíduo, onde tudo se metamorfoseia em instantes, num mundo dinâmico e constantemente interessado na não permanência. As drogas surgem tecnicamente, economicamente, socialmente, cor-

poralmente, no momento exacto para facilitarem a cada um o acesso a esta metamorfose do tempo, do espaço e do outro.

Importa ter no horizonte, que a toxicodependência como problema que o é, transforma-se em fenómeno bio-psico-social, o que motiva a intervenção, na abertura de novos domínios de pesquisa, investigação, produção de saber e novas orientações metodológicas, para se intervir no terreno.

Devido à complexidade, na qual o indivíduo humano se enreda, cabe uma referência aqui, aos desvios/comportamento desviante e à sua importância no estudo que estes indivíduos motivam e desencadeiam. Os indivíduos quando privados da igualdade de oportunidades e passando a dispor de meios ilegítimos para alcançar as metas culturais, “adaptam-se” às alternativas não conformistas. O comportamento desviante será, neste sentido, uma conduta adaptada em certos meios às oportunidades desses mesmos meios.

Interessa registar que Portugal vem progredindo muito positivamente neste caminhar de estudo e intervenção na Comunidade, inserido nas grandes linhas orientadoras da Europa e dos novos paradigmas do consumo “social” de substâncias psico-activas, dirigindo alguns estudos e intervenções para o terreno e chamando muitos parceiros para esta intervenção.

## **2 – Da Política às “Políticas” da Droga em Portugal**

### **2.1 – Breve Retrospectiva**

O fenómeno da droga em Portugal e a sua evolução até aos nossos dias é um processo amplo e complexo, estando-lhe inerente uma série de contingências sociais, culturais e factos políticos. Estes têm interferido na dinâmica evolutiva das opções tomadas o que implicou alterações às decisões políticas e ao percurso estratégico e programático previsto. Também é verdade, como diz o poeta, “que o caminho se faz caminhando” e nem sempre o percurso mais próximo entre dois pontos se faz em linha recta.

O período de 1970 a 1974 revelou uma evidente sucessão de acontecimentos, correspondendo a mudanças político-institucionais, económicas e sócio-culturais do país que conduziram a alterações da configuração do sistema político, que são do conhecimento geral.

Este período (1970-1974) surgiu também associado a uma perspectiva criminalizadora do consumo de drogas, baseada num modelo jurídico-moral, muito praticado na altura em vários países de todo o mundo. Entre 1975 a 1982, fruto do processo revolucionário então em curso e das diferentes alterações daí decorrentes, podemos perceber a evolução sociopolítica então vivida. Assim, com esta variação vai implantando-se a possibilidade de se alterar a dinâmica político-repressiva no domínio das drogas que perdurava até à data.

Com este novo período abriu-se a possibilidade de reconfiguração política tornando-se necessária a reformulação de novas perspectivas de evolução da compreensão e de respostas ao fenómeno da droga no seu conjunto perante novos cenários sociais, culturais e políticos.

O período entre 1975-1982, marcado por uma viragem assente na Revolução de 25 de Abril de 1974, explicitou uma ruptura com o modelo anterior, produzindo novas significações, interpretações e interacções do amplo e complexo fenómeno das drogas, quer no domínio do controlo da procura, quer no da oferta. Este processo de mudança conduziu à modificação das explicações de natureza clínico-policial para o problema da droga, consolidando a opção pelo modelo psicossocial mais eficaz. Historicamente situado no ano de 1976, este modelo coincidiu com as transformações sócio-históricas e legais que permitiram a criação das primeiras estruturas governamentais de combate ao consumo (Prevenção e Tratamento) e ao tráfico de droga, a saber:

-O Gabinete de Coordenação e Controle das Drogas;

-Os três Centros de Estudos e da Profilaxia da Droga, geograficamente e estrategicamente localizados em Lisboa, Coimbra e Porto.

Um novo contexto político marcado pelo VIII Governo Constitucional empossado em 1981.09.04, com final do mandato em 1983.06.09, da responsabilidade do Partido Social-Democrata conduziu à ruptura com as trajetórias políticas produzidas pelo Governo anterior, passando a ter um novo quadro de alternativas e estratégias políticas, traduzindo-se numa abordagem indivíduo-consumidor, baseada numa realidade bio-psicossocial (Indivíduo-Substância-Contexto) que se manifesta e marca o período entre 1983 a 1999.

O valor da norma jurídica, reguladora do sistema político, conduziu Portugal, no referido período, à necessidade de alinhar o direito português em matéria de drogas pelas Convenções Internacionais, instituindo uma perspectiva de abordagem assente no tratamento e na reinserção social, familiar e laboral do consumidor numa forte repressão respeitante ao tráfico.

É neste ponto de reflexão interno que Portugal se permite avançar criando as condições necessárias à criação de uma nova estrutura orgânica: o Projecto VIDA. Tratou-se de uma estrutura de coordenação nacional, de cariz transversal e inter-ministerial, que foi considerada no seu tempo como uma estrutura inovadora e promissora no seu enquadramento e transversalidade.

A partir desta data a acção política intensificou-se resultando num reforço de meios de intervenção no âmbito das drogas e em particular no âmbito do tratamento, conduzindo à criação do Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (S.P.T.T.), pela primeira vez ligado ao Ministério da Saúde, do qual nasceriam as novas estruturas de tratamento e reinserção.

Com base nas eleições de 1 de Outubro de 1995, sob Governo do Partido Socialista, abre-se um novo quadro de possibilidades em que as reformulações estruturais estão na base de uma nova dinâmica política e consequente alteração do quadro e da política de prevenção e tratamento da toxicodependência.

Em 1995, é criada a Comissão Eventual para o Acompanhamento da Situação da Toxicodependência e do Tráfico de Droga, que teve por objectivo a elaboração de um relatório sobre a situação do consumo e tráfico de drogas em Portugal que veio a produzir profundas alterações no quadro político e técnico nesta área.

A evidência dos factos exigiu um reforço da política interna, especialmente ao nível da prevenção primária do consumo de drogas, reflectindo-se na criação, em 1999, de novas estruturas, tais como, o Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (I.P.D.T.) necessárias ao restabelecimento da eficácia e operacionalidade dos dispositivos de combate à droga. Esta nova estrutura vem dar continuidade, reforçar e reorganizar o trabalho desenvolvido pelo Projecto VIDA, aproveitando as estruturas existentes a nível nacional (Linha Vida - Observatório Nacional das Drogas) e local (Núcleos Distritais do Projecto Vida).

Nesta configuração a evolução da política no âmbito das drogas expressa uma trajetória circular instituída de uma intervenção cada vez mais preventiva e ressocializadora.

A aprovação em 1999 da *Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga*, documento definidor da nova política nacional, constituiu um claro sinal de maturidade da acção política face ao complexo problema das drogas e das toxicodependências reflectindo uma dinâmica já existente em vários países europeus.

Contudo, as questões estratégicas portuguesas nem sempre estiveram em articulação com as questões estratégicas europeias revelando uma identidade própria dos dois pólos (nacional e europeia). Não que elas não estivessem sustentadas em documentos, mas apenas expressas numa vontade comum de articular estratégias e respostas. A 19 e 20 de Junho de 2000 foi aprovado em Santa Maria da Feira, no Conselho Europeu, sob Presidência e Coordenação Portuguesa, o Primeiro *Plano de Acção da União Europeia contra as Drogas*. Esse documento apresentou as grandes linhas de intervenção a nível europeu do Plano de Acção para o período 2000-2004 da responsabilidade da Comissão Europeia. Fecha-se, desta forma, o círculo das orientações produzidas pela *Estratégia Nacional de Luta contra a Droga* e pelo Programa do XIV Governo Constitucional em matéria de drogas e toxicodependências. Neste seguimento foi posteriormente aprovado o *Plano de Acção Nacional Contra a Droga e a Toxicodependência* que vigorou até 2004 – *Horizonte 2004*.

Relembramos que Portugal assumiu a Presidência Comunitária em Janeiro de 2000 iniciando desde logo os trabalhos de elaboração do novo Plano de Acção Europeia.

É neste contexto que se dá início e se cria uma nova visão desta questão, que dá origem à revisão da política nacional, conduzindo à produção de novas intenções expressas num modelo que impera a partir do ano 2000 assente na descriminalização do consumo de drogas. Esse modelo foi considerado inovador, pelo menos em alguns países europeus, mas visto como preocupante nas suas implicações práticas e não completamente respondidas no próprio modelo, no seu funcionamento e implicações.



O contexto de 2004, mais não é que uma reprodução das intenções manifestadas no ano de 1976, após um longo período de ruptura, retomado com grande intensidade renovadora. Deste modo, poder-se-á considerar o período de 1975-1982 como um período de mudança política, que ofereceu a Portugal a possibilidade de ir evoluindo para uma política mais consistente e coerente no âmbito das drogas dando oportunidade de se discutir e ir evoluindo progressivamente e sem demasiadas roturas sociais e culturais. Poderíamos afirmar que os passos da evolução podiam ter sido dados mais rapidamente, mas com que custos? E quais seriam as consequências sociais e técnicas que teríamos que pagar?

A evolução da política das drogas em Portugal de 1970 a 2004 obrigou a considerar campos de análise paradoxais onde o fracasso de políticas anteriores permitiu gerar novas possibilidades, novos objectos de análise, produzir mudanças e, sobretudo, reconstituir o “real” através de uma permanente revisão de conceitos, posições, intervenções e estratégias técnico-políticas.

Deste modo, analisar e compreender a política das drogas em Portugal, pelo período compreendido entre 1970 e 2004, é descrever uma trajectória que se inicia com a decadência de um modelo repressivo (1970) e termina na dominância, ainda que não avaliado a nível da aceitação social, de um modelo de descriminalização do consumo de drogas (2004).

## **2.2-O fenómeno das drogas no período compreendido entre 1970 e 2004**

Contextualizar o fenómeno das drogas em Portugal no período compreendido entre 1970 e 2004 trata-se, sobretudo, de identificar um conjunto de posições políticas, expectativas sociais e culturais, dispositivos legais, estratégias desenhadas e metodologias utilizadas.

Do percurso evolutivo da política da droga em Portugal (1970-2004) ressalta a ideia de que o fenómeno da droga não é mais que um puro reflexo do que sucede na própria sociedade e nas suas distintas estruturas. Neste sentido, percebe-se que existe neste processo uma clara relação entre as drogas (a sua utilização), a sociedade e a lei (repressiva ou liberal) permitindo colocar em evidência as mudanças e transformações que têm vindo a ter lugar na sociedade portuguesa. Para se compreender esta relação e a sua influência na construção da ideia da droga como um fenómeno que se veio a instalar em Portugal e que, de algum modo, dominou o pensamento e influenciou o funcionamento da acção política, é necessário compreender toda a trajectória deste complexo fenómeno: protagonistas políti-

cos, consumidores, e a própria evolução política, social, cultural, religiosa e económica da sociedade portuguesa. Temos ainda que entender a evolução do conceito básico mas fundamental na sociedade que são os Valores.

Deste modo, deverá entender-se que a evolução histórica da política das drogas em Portugal e a evolução da sociedade portuguesa tiveram de ser observadas simultaneamente, pois estas para além de estarem inter-relacionadas, evoluíram conjuntamente. Não sabemos até que ponto uma não se sobrepõe à outra por interesses e necessidades próprias. Este assunto merecia por si só um estudo e uma reflexão distinta.

A partir de 1970 todo o movimento estratégico que se desenvolveu em torno do fenómeno das drogas, conduziu à concretização de alternativas, à produção de diferentes cenários e à definição de diferentes objectivos.

Ao longo dos diferentes períodos identificaram-se alterações políticas que provocaram desvios à continuidade das trajectórias estratégicas delineadas. A aceitação pela própria sociedade, dos desvios referidos, revela uma deficiência no dispositivo de regulação do poder político. Mas admitamos que cada Política tem as suas "Políticas". Deste modo, perceber-se-á que a estratégia política delineada em 1976 com o pacote legislativo da droga, em que anunciava uma perspectiva de continuidade de análise e interpretação do fenómeno das drogas numa linha de pensamento direccionado para a descriminalização do consumo de drogas, tenha sofrido alguns desvios, concretizando-se esta vontade apenas em 2000. Resta-nos saber se por vontade do legislador, se por pressão social ou ainda se por opção técnica.

Ao analisarmos o fenómeno das drogas no período referido constatamos que a evolução do mesmo dependeu de factos políticos e de acontecimentos históricos que permitiram a formação de uma identidade diferente do fenómeno em cada período específico. Estas configurações permitiram localizar o fenómeno de acordo com acontecimentos específicos e posições políticas da época, de forma a desenhar uma trajectória política específica para um momento específico. Também é verdade referir que nem sempre o poder político "olhou" o problema como uma prioridade e que a construção se fez por dentro do poder, mas nem sempre com a sociedade.

Foi, de facto, a evolução de diferentes acontecimentos e as sucessivas emergências do real trazidas quer por novas questões sociais, com implicações na área da saúde (em particular da Saúde Pública), quer pela introdução de novas/velhas drogas e novos grupos de consumidores, que as alterações do cenário político se tornaram necessárias, conduzindo à exigência de novas interpretações da complexidade do fenómeno.

Deste modo, no início dos anos 60/70 a droga assumia um claro significado social, dando suporte às teorias que a entendiam como um factor causador de desordem social e de degradação física e mental com consequências a nível da família e no domínio laboral. Esta interpretação veio a ser complementada em 1976 com uma abordagem epidémica e viral do fenómeno da droga. Localizado neste espaço temporal o fenómeno começou a ser visto como um problema à escala mundial, com enorme gravidade, dada a extensão cada vez maior do problema e as distintas consequências do mesmo.

A moldura social dos anos 80 inaugurou uma época de crescente preocupação social com respeito ao uso/abuso de drogas, já não só as ilícitas, mas cada vez mais as lícitas (álcool e tabaco). Deu-se a irrupção das drogas ditas “pesadas”, em particular da heroína, associadas ao incremento do vírus V.I.H., associado ao uso “partilhado” de seringas pelos toxicodependentes. A droga tornava-se cada vez mais um grave problema de Saúde Pública, para a qualurgia novas e inovadoras respostas quer técnicas quer políticas.

Pelas razões atrás referidas despertou e apurou-se ainda mais a consciência nacional para a complexidade do fenómeno das drogas passando a considerar-se a necessidade de se assumir novas possibilidades de resolução, traduzindo-se em termos políticos, na construção de novas representações políticas e programação de estratégias.

A aprovação, em Abril de 1999, da *Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga* foi um claro sinal de um empenhamento político face ao fenómeno das toxicodependências definido num documento, apresentado à sociedade e às suas estruturas, com as grandes linhas de planeamento e investimento estratégico na área da toxicodependência.

Assim, o sistema político avançou a possibilidade de, em 2000, desenhar uma nova abordagem mais dinâmica e expressa na descriminalização do consumo de drogas, denotando uma evolução efectiva de abordagem do fenómeno, superando, desta forma, as descontinuidades e retrocessos sofridos no passado. Neste sentido novas oportunidades se abriram, corporalizando em políticas a possibilidade de se implementarem novos programas e novas abordagens com o objectivo de clarificar e responder ao fenómeno das drogas em Portugal.

### **2.3 – Políticas e discursos políticos sobre a Droga no período entre 1970 e 2004**

Como já referimos anteriormente, compreender e estudar a evolução das políticas das drogas em Portugal com base em discursos políticos, propostas de lei e projectos de lei permitiu chegar à conclusão de que toda a trajectória político-discursiva foi acompanhada

de desvios à trajectória sinalizada. Estes desvios condicionaram a evolução da política das drogas em Portugal estruturada numa base de instabilidade do discurso político ligado à própria evolução da política e dos partidos políticos.

Ao longo do período compreendido entre 1970 e 2004 verificou-se, relativamente à problemática da droga e da toxicodependência, um evoluir, ainda que descontinuado, dos discursos políticos. Porém, a passagem de três décadas alterou em muitos aspectos as questões levantadas sobre as drogas e as toxicodependências, alimentando ao longo dos anos um discurso cada vez mais consistente, mas nem sempre coerente.

No período de 1970 a 1974 constatou-se a quase inexistência de um discurso político sobre a droga, mas a sua existência fez-se sentir na sociedade, através da comunicação social. Contudo, a narrativa sócio-política baseou-se, sobretudo, numa relação entre a droga e a degradação social. Lembramos o velho mas sempre presente slogan preventivo que não deixa de retratar bem o pensamento da altura: “Droga–Loucura–Morte.”

As mudanças sócio-históricas de 1975/1976 criaram a necessidade de respostas especializadas no âmbito das drogas, conduzindo à mudança do discurso dos actores políticos, com o ensaio na produção de novas respostas e estratégias políticas baseadas nas explicações biomédicas, psicológicas e sociológicas do fenómeno das drogas e das toxicodependências.

Em 1977 foi anunciada a Proposta de Lei n.º 19/I que regulou o regime das substâncias psicotrópicas, que marcou a trajectória evolutiva político-discursiva em Portugal no domínio das drogas.

O período de 1983/1999 anunciou-se como um marco importante da política das drogas em Portugal reflectindo uma evidência continuada e uma estável fluidez dos discursos políticos. Assumiu-se dar maior importância ao problema da droga, nas suas distintas formas e realidades, acabando por se criar a necessidade de elaboração de uma *Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga*, que revelou ser um documento unificador e orientador das políticas nacionais. Correspondendo a um período de estabilidade política conduziu a acção política a assumir no período seguinte (2000–2004) um novo campo de acção estruturado: a descriminalização do consumo de drogas. O consumidor de substâncias psicoactivas passou a ser visto como um doente e não mais como um criminoso.

No período de 2000 a 2004 implementa-se o Plano de acção *Horizonte 2000–2004*, fruto da operacionalização das linhas da Estratégia Nacional.

Deste modo, percebemos que os cenários políticos construídos e desconstruídos ao longo deste período de tempo foram sempre adaptados às motivações dos diferentes acto-

res políticos, o que efectivamente esclarece a sequência de acontecimentos marcados por uma instabilidade de discursos com momentos de estabilidade.

## **2.4 – A evolução das principais áreas de intervenção**

### **2.4.1 – A Prevenção: Definições e Conceitos**

Conhecer a génese (razões e factores) que estão no cerne do problema do consumo de substâncias aditivas (substâncias lícitas como álcool e tabaco e ilícitas) é uma preocupação de muitos, particularmente daqueles que querem ou entendem que a Prevenção deveria ser uma disciplina integrada no ensino básico.

Segundo refere Burguess (1997) se o termo Prevenção é usado vagamente, a sua variedade de significados pode ser infinita, dependendo da atitude, perspectiva e cultura. Assim, falando sobre a Prevenção, importa referir a evolução que a mesma sofreu. De certa maneira, da forma que vemos como se utiliza o termo, pode levar ao esvaziamento do conceito ou conteúdo da Prevenção. Não quer dizer que com isso se lhe esteja a retirar importância, mas o uso “abusivo” de tal termo, pode ser utilizado de forma inadequada e descontextualizada.

Segundo Becoña (1995), as intervenções preventivas dividem-se em dois grandes blocos:

- Redução do consumo – denominado como redução da procura;
- Redução da oferta – com vista a diminuir a disponibilidade da substância no mercado que acede ao consumidor.

Assim, no âmbito das toxicodependências, o objectivo da prevenção é focalizar-se no primeiro bloco – redução da procura – porque o que se pretende é prevenir, prevenir o consumo, evitando os estados de dependência quer física quer psíquica.

Caplan (1980) introduz e considera os três tipos de Prevenção: Primária, Secundária e Terciária. Na Prevenção Primária intervém-se antes que surja a doença, o consumo de substâncias e tem como objectivo impedir ou retardar o surgimento da doença/dependência. É no âmbito da saúde em geral e na toxicodependência em particular, o tipo de prevenção a que se deveria recorrer mais.

Na Prevenção Secundária a intervenção é centrada na localização e tratamento, o mais rapidamente possível, da doença/consumo, cuja génese não pode ser impedida com

as medidas e o trabalho da Prevenção Primária, a fim de evitar a progressão da doença, actuando enquanto a situação se encontra nos primeiros estádios. Já na Prevenção Terciária desenvolve-se um trabalho após algum tempo depois da doença/consumo declarado, cujo objectivo é evitar recaídas e complicações. Pode-se resumir estes três tipos de prevenção da seguinte maneira: Prevenção – Prevenção Primária; Tratamento – Prevenção Secundária; Reabilitação e Reinserção – Prevenção Terciária.

Na Prevenção Primária o trabalho deve ser orientado para a tomada de medidas, para que as pessoas não consumam drogas, evitando factores de risco e desenvolvendo ou potenciando os factores de protecção pessoais, familiares e comunitários.

Mais recentemente e numa perspectiva da Psicologia da Saúde, Santacreu et al. (1992) introduziram uma nova perspectiva sobre a Prevenção e distinguiram quatro tipos: Prevenção Primária, Secundária, Terciária e Quaternária. Esta classificação difere da de Caplan (1980) a nível da Prevenção Terciária e Quaternária. Na Terciária a intervenção centra-se em actuações quando a doença/consumo se encontra numa fase incipiente, quando aparecem os primeiros sintomas e se previne estados mais avançados da doença. Na Quaternária a intervenção realiza-se quando o indivíduo padece ou padeceu da doença, tendo sido tratado/curado ou dependendo da doença. Usa-se o paliativo para os efeitos mais nocivos, reconhecendo-se que a possibilidade de recaída é muito alta. *Este tipo de prevenção centrar-se-ia na prevenção de recaídas* (Becoña, 1995: 19).

Segundo Martin (1995) entende-se por Prevenção no domínio das toxicodependências um processo permanente e activo de implementação de iniciativas tendentes a modificar e consequentemente a melhorar a formação e a qualidade de vida dos indivíduos, por forma a adquirirem competências próprias, desenvolvendo o auto-controlo e a resistência pessoal e colectiva perante a oferta de substâncias.

Assim, para o desenvolvimento de um programa preventivo, tem que se fazer o respectivo desenho delineando um conjunto de actuações com objectivos bem específicos para impedir que o consumo de substâncias psicoactivas surja, ou seja, impedir/retardar o surgimento do problema ao qual se dirigiu o programa preventivo. No caso concreto da toxicodependência, pretende-se impedir ou retardar o consumo e diminuir o uso e o abuso de substâncias, se o consumo já estiver instalado.

Aqui surge uma especificidade para o desenvolvimento do programa preventivo, que pode ser destinado, de forma global a toda a comunidade, ou adoptar metodologia específica, dirigida a um bairro, um lugar, a um subgrupo de pessoas ou a uma faixa etária em concreto.

Convém clarificar, de acordo com Becoña (1995), que a Prevenção é um termo genérico e que pode provocar confusão ou carecer de significado por inadequada utilização, enquanto que a designação “programa preventivo” é específico e será mais rigoroso de acordo com o desenho das intervenções, com os objectivos propostos e com os grupos a quem se dirige, claramente definidos. Com este desenho, objectivos bem definidos e reais, é muito mais fácil e útil fazer a avaliação do impacto do programa preventivo. Por seu turno, Calafat (1995) refere a existência de dois tipos de Prevenção:

- A Prevenção Específica;
- A Prevenção Inespecífica.

O que as diferencia é a especificidade ou não das intervenções na área das drogas.

No seguimento desta teoria e aplicada concretamente à prevenção das toxicodependências surgiu uma diferenciação proposta por Gordon (1987), que distingue os seguintes tipos de Prevenção – Universal, Selectiva e Indicada. Posteriormente esta classificação foi aceite pelo *National Institute of Drug Abuse* (N.I.D.A.). Resumidamente, consiste na seguinte diferenciação:

- Universal - é dirigida a todos (população em geral) sem distinção;
- Selectiva - é dirigida a um subgrupo, cujo risco é maior de se virem a tornar consumidores. Dirige-se, assim, a grupos de risco;
- Indicada - é dirigida a um subgrupo concreto da comunidade, de indivíduos com primeiros consumos ou consumos regulares. Dirige-se a indivíduos de alto risco.

Resumindo, a literatura classifica a Prevenção da seguinte forma:

- Conceptualização clássica – Prevenção Primária, Secundária e Terciária;
- Conceptualização actual – Prevenção Universal, Selectiva e Indicada.

#### **2.4.2 – As intervenções em termos de Prevenção**

Em face destas mudanças estruturais suplantadas ao longo do período em estudo poder-se-á considerar que, nas suas especificidades, a Prevenção Primária tem-se assumido ao longo dos tempos como uma questão prioritária em matéria de luta contra as drogas. Pelo menos em termos do discurso político, mas nem sempre na prática investido como tal. Seria até interessante comparar o investimento realizado pelo Estado a nível da Prevenção comparando o investimento técnico e financeiro feito no Tratamento.

Uma Prevenção que nos anos 70 se pautou por algumas actuações preventivas, sobretudo de âmbito escolar e comunitário, revestidas de significado, prioritariamente informativo e educativo. Foi evidente, neste período, responder às necessidades mais informativas sobre o fenómeno e os seus contornos. A falta de informação e conhecimento do fenómeno pela população era evidente sendo a sua primeira preocupação saber mais sobre o fenómeno e como o resolver. Basicamente foi utilizado o *Modelo Informativo*, numa lógica de Prevenção Universal.

Recordamos ainda o investimento em programas de formação de professores (os professores mediadores e os professores operadores) realizados na altura, inovadores nos seus pressupostos e metodologias, mas sobre os quais nunca foi realizada nenhuma avaliação nem dada continuidade. Esta prática, comum entre nós, não permite avaliar o verdadeiro potencial de uma intervenção preventiva. Sabemos como a consistência (enquadramento e referencial teórico) e a persistência (continuidade) de um programa são chaves de um possível êxito e como se a avaliação se torna um conceito fundamental para a futura opção de uma determinada estratégia.

Já nos anos 80 o conceito de Prevenção adquiriu um novo significado centrado no investimento de estratégias dirigidas ao desenvolvimento de competências pessoais e sociais de adolescentes e no desenvolvimento de competências parentais, por forma a melhorar as relações pais/filhos e inscrito numa perspectiva da educação promocional da saúde mental. Como diz Mendes (2005), “os nossos filhos não nascem com manuais educativos, temos que ir aprendendo com eles. Mas também é verdade que os Pais só se preocupam com estas e outras questões idênticas quando os filhos já são mais velhos. Esquecem-se que o processo educativo, formativo e preventivo devia ter começado muito mais cedo. Principalmente quando falamos de consumos devíamos ter educado mais cedo. Sabemos que é difícil mas nada que não se consiga com esforço e teimosia ”positiva”.

Também Lopes (2004: 12), Psicopedagoga, refere que “é importante que as pessoas adquiram competências necessárias que lhes permita optar, de forma saudável e suficientemente conhecedora das implicações que tem ou que daí advêm, quando consomem substâncias psicoactivas”. Continua dizendo, que é necessário investir na promoção da auto-estima, na capacidade de decisão, no desenvolvimento de uma atitude crítica, na motivação para atingir os objectivos de vida, garantindo-se por isso um desenvolvimento harmonioso e saudável dos indivíduos.

A importância da informação sobre o tipo de substâncias e as consequências do seu consumo, e o “reforço de competências que aumentem as resistências dos jovens ao con-



sumo de drogas”, concluiu Pai (2004): é crucial para o sucesso da prevenção no âmbito do consumo de substâncias psicoactivas, a par de outras estratégias ligadas à ”percepção dos riscos”.

Já em 1997 Dias afirmava que na toxicod dependência: “não há poção mágica alguma que resolva uma tão grande ameaça à condição humana”, sendo hoje imprescindível desenvolver um trabalho educativo, informativo e preventivo, persistente, tendo como objectivo diminuir a expressão desta problemática.

Como diz o médico psiquiatra Olievenstei *o toxicod dependente é uma pessoa em dificuldade*.

Lembramos o investimento feito pelo Projeto VIDA nos Programas “Pais a Pais” e “Jovens a Jovens” a nível nacional. Foi criada na altura um quadro referencial de apoios às intervenções de prevenção ainda que, às vezes, sem muita objectividade. Deram-se início às primeiras campanhas nacionais de prevenção utilizando os meios disponíveis da comunicação social, em particular a televisão.

Nos anos 90, este conceito evoluiu para uma perspectiva mais ampla denominada “Educação para a Saúde”, reflectindo como universos prioritários de intervenção o meio familiar e o meio escolar. Relembra-se a criação dentro do Ministério da Educação de estruturas de resposta a esta problemática nomeadamente, o Programa P.E.S. – *Programa de Educação para a Saúde*. Posteriormente, o aparecimento das *Escolas Promotoras de Saúde*, também elas sem continuidade e sem avaliação do trabalho desenvolvido ao longo dos anos.

No período final de 1999/2000 as políticas preventivas requerem uma maior importância tendo os programas escolares adquirido uma posição de interesse significativo em Portugal, conhecendo alguma expansão os programas para crianças mais jovens: Programa P.A.T.O. e “Crescer a Brincar”. Lança-se a base de novas abordagens comunitárias (Planos Municipais de Prevenção) e de Programas Quadro Prevenir I e II. Assiste-se ainda a um maior envolvimento da sociedade civil através da participação das Organizações Não Governamentais nas respostas a este problema.

Apesar de alguns resultados positivos e bastantes promissores as políticas de prevenção ilustram, desde os anos 70, a necessidade de se realizar uma adequada avaliação quantitativa e qualitativa das intervenções preventivas, que nunca chegou a ser realizada devido à discontinuidade das mesmas.

### **2.4.3 – Prevenção em Meio Escolar e Educação Preventiva**

Actualmente inúmeros indicadores, nacionais e internacionais, sugerem que os consumos de substâncias psicoactivas estão a aumentar. Estes reflectem que são os consumos, nomeadamente, de cannabis, ecstasy e cocaína, que estão a ser “praticados” por faixas etárias cada vez mais baixas (Relatório Anual do I.D.T., 2005).

Becoña (1995) refere que, na prática, a prevenção escolar é aquela que teve maior relevância, porque através dos trabalhos desenvolvidos nesta prevenção, consegue-se chegar mais facilmente aos jovens escolarizados, em idade de maior risco relativo ao início do consumo de diferentes substâncias psicoactivas. Menciona ainda que, neste âmbito, a falta de assistência escolar e o fracasso académico são os elementos problemáticos mais presentes. Contudo, apesar da prevenção se desenvolver na escola, esta não é suficiente. É necessário envolver todos os outros elementos sociais, todas as pessoas em risco, tendo em atenção o contexto social e ambiental. Por isso se fala tanto e em primeiro lugar do trabalho preventivo em ambiente familiar, escolar como já falamos, mas também em meio laboral e comunitário, utilizando-se aqui os meios de comunicação social.

Para além das famílias, a escola em toda a sua envolvência e particularmente os professores, têm uma importância vital na educação dos nossos jovens. Sendo esta uma realidade inquestionável, importa saber qual é a sensibilidade dos professores para a disciplina da Prevenção, nos seguintes parâmetros:

- Saber qual é o entendimento sobre prevenção, e prevenção das toxicodependências;
- Saber se, informar claramente sobre substâncias psicoactivas é aumentar a capacidade dos jovens a dizer não e, por isso estarem mais prevenidos;
- Se a escola deve estar aberta (disponível a dar uma resposta) a esta problemática;
- Se os professores devem ter formação específica para fazerem a abordagem pedagógica da prevenção;
- Se é considerado no mesmo grau de igualdade/classificação a Prevenção das Toxicodependências, a Prevenção Rodoviária, a Prevenção das doenças cardiovasculares e a adopção de estilos de vida saudáveis.

Indalécio (1990), da Xunta da Galícia, entende que a resolução do problema das drogas passaria por iniciar na escola uma educação preventiva (precoce) sobre toxicodepen-

dências. Isto porque as faixas juvenis da população são e constituem o grupo de maior risco relativamente ao consumo de drogas.

Temos hoje uma sociedade que ingere uma quantidade muito significativa de calorias, de proteínas e açúcar, para além das necessidades fisiológicas, cujos excessos têm implicação directa na qualidade de vida e saúde das pessoas. O sedentarismo é uma realidade. A população em geral e a mais jovem em particular, com a ingestão excessiva de "alimentos plásticos" está a transformar-se em obesa, o que tem implicações directas na qualidade de vida dos indivíduos com repercussões a nível da saúde individual e pública.

Perante esta realidade os serviços de saúde através dos cuidados primários, investem num trabalho de prevenção de forma a evitar e a controlar doenças, tais como, as cardiovasculares e cerebrovasculares, a hipertensão e a diabetes. Também na toxicodependência a prevenção deveria usufruir de absoluta prioridade para actuações neste campo, tendo como real objectivo o desenvolvimento integral e pleno das pessoas. Infelizmente não é o que acontece. Os mecanismos do Estado demoram a implementar medidas e normalmente tende-se a actuar depois das substâncias psicoactivas se "apoderarem" dos indivíduos, o que supõe danos irreversíveis e irreparáveis ou dificilmente superáveis no indivíduo e no tecido social de uma comunidade, com gastos elevados na Saúde Pública e que poderiam ter sido encaminhados para a prevenção em devido tempo, com custos mais baixos.

Este trabalho a desenvolver pela Prevenção, deve ser um trabalho criterioso, com evidência científica, com recursos humanos devidamente formados e desenvolver-se no terreno um trabalho com parceiros e com os objectivos bem definidos. Assim, não podemos confundir no desenvolvimento e aplicação de medidas preventivas, actividades educativas com actividades informativas. As actividades educativas são mais difíceis de implementar porque requerem formulação de programas educativos que proporcionem conhecimentos, mas promovem valores, crenças e atitudes que se opõem ao uso/abuso de substâncias/drogas. As actividades/acções informativas são aquelas em que há a simples transmissão de conhecimentos sobre determinados efeitos físicos, psicológicos e sociais, informação sobre recursos disponíveis, legislação e dados sobre o consumo.

É imprescindível na educação preventiva que se considere as pessoas no seu contexto social, cultural e comunitário. Assim, nesta prevenção educativa nunca se deve pôr o centro das atenções nas substâncias/drogas, mas sim focalizar essa educação nas pessoas que são consumidoras ou podem vir a sê-lo, sempre no contexto sócio-cultural dos visados. É neste contexto que entendemos que a educação vai para além da simples informação, pretendendo-se por isso como meta, o desenvolvimento integral da pessoa (visão holística). A

educação preventiva sobre toxicodependência ou consumo de substâncias psicoactivas deve ser entendida num contexto geral de educação, tal como defende a UNESCO – *A educação em matéria de uso de drogas vai inseparavelmente unida à educação no seu conjunto.*

Esta educação preventiva sobre toxicodependência deve ser baseada em objectivos realistas. Indalécio (1990) afirma que vivemos numa sociedade onde existem substâncias psicoactivas e factores que incitam ou favorecem o seu consumo. Por isso tem que se aprender a viver de forma sã, num mundo com drogas. Se pensamos erradicar o problema das drogas, concerteza que os objectivos definidos não são realistas e esta educação que se pretende, pode traduzir-se em falta de realismo o que implicará e conduzirá ao fracasso.

#### **2.4.4 – Tratamento e Reinserção Social**

Quando falamos no fenómeno da droga ou do consumo de substâncias psicoactivas, normalmente direccionamos o nosso olhar para os jovens, para as sub-culturas juvenis, e na maior parte das vezes para os desempregados (grupos de risco ou as ainda chamadas populações de risco). Se o fazemos, e fazemo-lo com muita frequência, fazemo-lo mal. O nosso olhar deve incidir na população activa, nos adolescentes, nos desadaptados, nos mais abastados, em todos de uma forma geral. Não são só as classes desfavorecidas que vivem o flagelo da droga. Só que nestas "sociedades ocultas", esta problemática não é tão visível e Fernandes (2002) refere num estudo direccionado para estas problemáticas, que o consumo de substâncias nestes estratos tem uma reserva e um sigilo grande, ficando reservada/retida nos consultórios de psicoterapia e clínicas de desintoxicação.

Uma avaliação das respostas do tratamento leva a considerar a sua insuficiência em número de unidades, na limitação de respostas terapêuticas e a sua lenta evolução durante os anos 70 e 80. As importantes dificuldades e constrangimentos associados determinaram a restrita aplicação dos programas de tratamento mantendo-se, durante anos, a aplicação do programa de substituição por metadona à Região Norte do país.

As prioridades do tratamento tiveram propósito a partir dos anos 90 com a criação do Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (S.P.T.T.) que veio permitir o alargamento da rede dos serviços de tratamento, em particular, dos Centros de Atendimento a Toxicodependentes (C.A.T.). Deste modo, verificou-se uma tendência das abordagens terapêuticas numa lógica individual em detrimento de uma visão mais integrada e integra-

dora da toxicodependência. Deu-se então o aumento da resposta pela metadona, aumentando substancialmente o número de indivíduos envolvidos no programa.

Abordar a área da reinserção social implica ter presente uma abordagem sistémica associada à ressocialização do indivíduo, aparecendo como uma resposta complementar aos programas de tratamento do toxicodependente.

Contudo, o processo de reinserção social não se tem limitado apenas a estratégias informativa/formativas de socialização, mas tem privilegiado a reinserção sócio-familiar, profissional e laboral do indivíduo.

Sem grande expansão durante os períodos de 1970 a 1974 e de 1975 a 1982, a reinserção social conheceu uma nova dinâmica dimensional com a criação do Projecto VIDA, em 1987, através do qual as relações institucionais foram favorecidas. Abriu-se uma porta à integração de respostas a partir da sociedade civil, como aconteceu na área da Prevenção.

Neste seguimento, foi criado em 1997 o Programa Quadro “Reinserir” resultando num conjunto de possibilidades de desenvolvimento de projectos, por instituições privadas e públicas, realizáveis no âmbito da reinserção social.

É neste percurso evolutivo que, em 1998, foi criado o Programa Vida-Emprego como forma de reconhecimento da necessidade de formulação de programas no âmbito da reinserção social e profissional de toxicodependentes.

Entendida como um complemento do tratamento do indivíduo toxicodependente, a reinserção social assumiu relevância política com a aprovação da *Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga* em 1999.

No período de 2000 a 2004 a reinserção social construiu-se num contexto de descriminalização do consumo de drogas, baseada na convicção de que o toxicodependente é um doente susceptível de tratamento e de reabilitação.

#### **2.4.5 – Redução de Riscos e Minimização de Danos**

Na medida em que estas áreas de intervenção têm o poder de configurar a acção política, durante os anos 80 impôs-se a necessidade de alargar o campo de actuação à redução de riscos e minimização de danos, aplicada ao uso de substâncias psicoactivas. A política de redução de riscos expressa um modelo específico de saúde pública, como alternativa prática aos modelos moral/criminal e de doença do uso/abuso de drogas.

A característica principal do desenvolvimento deste tipo de políticas é a sua capacidade de poder vir a prevenir o risco de propagação de doenças infecciosas/transmissíveis,

com particular incidência para V.I.H./S.I.D.A. e as Hepatites, a par de outras medidas sócio-sanitárias. Contudo, em Portugal esta tendência política só vem encontrar condições de realização nos anos 90, com a adopção do Programa de distribuição gratuita de seringas em farmácias: intitulado “Diz não a uma seringa de segunda mão”.

É um facto, que durante o período de 1983 a 1999, o número de casos de toxicodependentes com V.I.H./S.I.D.A. assumiu elevadas proporções, gerando uma preocupação pública e política que acabou por conduzir a uma inevitável resposta na área da redução de riscos e minimização de danos.

É neste contexto que em 1993 foi implementado em Coimbra e pela primeira vez a nível nacional o Projecto “STOP SIDA” e em Novembro de 1996 foi dinamizada, pela Câmara Municipal do Porto, a iniciativa “Contrato Cidade”, numa linha de redução de riscos e minimização de danos.

Nesta linha de continuidade, em 1999, a redução de danos constituiu-se como uma possibilidade estratégica evidente, com a aprovação da *Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga*.

Em 2001, consolidou-se o seu reconhecimento com a aprovação do dispositivo legal que aprova o regime geral das políticas de prevenção e redução de riscos e minimização de danos.

Foi essencialmente durante o período de 2000 a 2004 que a dinâmica política de redução de riscos evoluiu oferecendo acesso a diversas trajectórias e intervenções práticas em todo o país. Em 2001 foi aprovado o primeiro concurso nacional de criação/funcionamento e financiamento das estruturas sócio-sanitária, “Equipas de Rua”, com replicação em 2003.

#### **2.4.6-Relações Internacionais e alguns dados publicados**

Numa perspectiva de cooperação internacional Portugal evoluiu numa linha de continuidade e estabilidade política, muito em particular devido ao enquadramento europeu expresso no Plano de Acção 2000/2004. Contudo, importa perceber que Portugal não evoluiu de forma individualizada, como se a sua acção política não obedecesse, de algum modo, a um sistema de relações internacionais e respeito pelas convenções internacionais.

Ao longo do período em análise as relações internacionais estabelecidas conduziram Portugal a um desenvolvimento positivo, activo e pragmático da sua política de distintas abordagens do fenómeno das drogas.

Compreender a trajectória (evolução, continuidade/descontinuidade) dos mercados de droga (substâncias disponíveis e preços praticados) em Portugal implicou compreender os comportamentos sociais (atitudes e valores) e os comportamentos ligados ao consumo, existentes na sociedade portuguesa. A sua dinâmica é inter-activa. O mercado (das substâncias) responde às necessidades ou aos pedidos (dos indivíduos) ou também cria o desejo e uma nova necessidade ou necessidades de consumo.

A informação estatística disponível em matéria de drogas produzida em Portugal mostrou-se insuficiente durante os anos 70. Os primeiros dados estatísticos foram elaborados pelo Centro de Investigação e Controlo da Droga (C.I.C.D.). Esta informação veio demonstrar as elevadas proporções do tráfico e consumo de drogas em Portugal, denotando a necessidade de uma maior actuação fiscalizadora e repressiva por parte das forças de segurança.

A maior prevalência e incidência do consumo de drogas em Portugal reflectiu-se especialmente nas drogas de produção lícita, em forma de produtos farmacêuticos, quer pela sua maior disponibilidade quer pelos preços baixos praticados no mercado paralelo e ilegal. Confirmam-se também os indicadores do cada vez maior consumo do álcool na sociedade portuguesa em particular nos adolescentes e jovens adultos. Não é por acaso que o aparecimento de novas formas de socialização e de divertimento fizeram disparar o consumo das bebidas destiladas. Referimo-nos em particular às festas académicas onde o fenómeno atinge proporções preocupantes. Sobre este assunto falaremos mais adiante.

A partir de 1977, com a criação da Secção Central de Investigação do Tráfico de Estupefacientes (S.C.I.T.E.), tornou-se possível a criação de um sistema nacional de informação policial sobre estupefacientes no seio da polícia judiciária.

Na década de 80, a heroína conheceu um aumento de consumo em relação à década de 70, tornando-se a droga mais cara do mercado.

A partir de 1986, o Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga, procedeu à divulgação sistemática dos dados referentes ao consumo de drogas.

Entre 1978 e finais do primeiro trimestre de 1987, a cannabis foi a droga mais apreendida em Portugal, encontrando-se a cocaína em segundo lugar, acentuando-se a sua apreensão entre 1980 e 1989. De referir também que esta mesma substância é a mais consumida na população.

Quando analisamos o número de traficantes detidos ou identificados verifica-se que a maior parte são traficantes de haxixe e de outras drogas (Quadro 1). Contudo, verificou-se um crescente aumento do número de traficantes de heroína e de cocaína a partir de 1984.

**Quadro 1 – Montantes apreendidos em 2005 pela Polícia Judiciária relativamente a vários tipos de substâncias**

SUBSTÂNCIA	VALOR APREENDIDO EM KG	VARIAÇÃO REFERENTE A 2004
HEROÍNA	180.955	+ 82,70%
COCAÍNA	18.083,550	+143.62%
HAXIXE	28.255,278	- 2.55%
ECSTASY	213,777	+ 91.03%

Fonte: Relatório da Polícia Judiciária, Lisboa, 2005. Elaboração própria.

Se pensarmos que as substâncias apreendidas, e que apesar de tudo tiveram taxas de apreensão bastante superiores ao ano de 2004, à excepção do Haxixe, são uma parte do que circula, concluimos que é um “negócio” ilícito que prospera, sendo apelidado de “filão que o mercado ilícito de drogas esconde na sombra da legalidade”. Só nesta parte o valor de bens e dinheiro apreendido resultante da droga cifrou-se em mais de 8.681.547 euros, que pode ser considerado como uma pequena fortuna! Se a quantidade das várias substâncias apreendidas fossem vendidas no mercado ao preço indicado pela Polícia Judiciária, chegaríamos aos valores equacionados no Quadro 2.

**Quadro 2 – Quantidade de substâncias apreendidas e correspondente valor em euros**

SUBSTÂNCIA	VALOR APREENDIDO EM GRAMAS	VALOR DA GRAMA EM EUROS	VALOR TOTAL EM EUROS
HEROÍNA	180955,066	41,01	7.420.967,257
COCAÍNA	18083550,47	45,11	815.748.961,8
HAXIXE	28255277,97	2,13	60.183.742,07
ECSTASY	213777	3,56	761.046,12
<b>Total</b>	<b>46733560,506</b>	<b>91,81</b>	<b>884.114.717,2</b>

Fonte: Relatório da Polícia Judiciária, Lisboa, 2005. Elaboração própria.

Relativamente ao número de presumíveis infractores verificou-se um aumento progressivo de 1990 para 1999, estabilizando em 1997. Já no que se refere às condenações por violação da lei da droga verificou-se, no período de 1994 a 1996, um acréscimo de 80% do total de condenações, assumindo um decréscimo na ordem dos 13% a 16% em 1999. Este facto, deveu-se à diminuição verificada na categoria de indivíduos pronunciados como consumidores.

No período de 2000 a 2004 e quanto ao número de presumíveis infractores, este aumentou de 2001 para 2002, diminuindo em 6% o número de traficantes – consumidores.



No que respeita às condenações por violação da Lei da Droga constatou-se, ao longo dos últimos anos, uma diminuição no número de processos findos, facto que resultou da política da descriminalização do consumo de drogas.

Quanto à proveniência da droga apreendida, Marrocos foi reconhecido, em 1990/91, como o país de onde provinha a maior quantidade de haxixe apreendido em Portugal. Durante o período de 2000 a 2004, a Holanda e a Espanha destacaram-se como países de proveniência ao nível da heroína, enquanto o Brasil sobressaiu ao nível da cocaína. Marrocos mantém-se como país de proveniência do Haxixe, Angola no caso da liamba e Holanda no caso do ecstasy.

Considerando a evolução do percurso interno das drogas ilícitas, constatou-se, no período de 1995 a 1997, um crescimento continuado no número de apreensões de cocaína registando a heroína menores quantidades e um maior número de apreensões.

No período de 2000 a 2004 verificou-se uma diminuição global das apreensões de heroína, cocaína e de haxixe, tendo este último envolvido o maior número de apreensões efectuadas ao longo deste período.

A partir dos dados que foram possíveis apurar relativamente ao preço médio por droga, no que se refere à heroína, cocaína e haxixe, de 1997 para 2002, verificou-se um decréscimo nos valores da sua venda, atingindo os valores mais baixos em 1999. Quanto aos preços médios por comprimido do ecstasy estes também diminuíram entre 1999 e 2002.

Com o domínio da política de descriminalização do consumo de drogas o mercado interno das drogas em Portugal viu o seu quadro de actuação alterado. Este novo enquadramento jurídico veio confinar a informação sobre o consumo de drogas ao Instituto da Droga e da Toxicodependência, deixando de constar no Sistema Integrado de Informação Criminal (S.I.I.C.).

#### **2.4.7 – O consumo de drogas em Portugal – estudos existentes e realidades**

De forma a conhecer-se a magnitude do problema social da droga em Portugal foi importante começar a realizar estudos epidemiológicos sobre a realidade do consumo de drogas.

Em Portugal, apenas durante o período de 1983 a 1999 se iniciou a realização de estudos relacionados com as prevalências e padrões de consumo de substâncias lícitas e ilícitas, com o objectivo de conhecer a situação de consumo em Portugal na população

escolar. Este conhecimento era prioritário para o desenvolvimento e implementação de estratégias preventivas junto a uma população considerada de *risco* ou *em risco*.

O conhecimento acerca das prevalências, padrões e tendências de consumo de drogas em Portugal ainda se apresenta deficitário. Contudo, alguns estudos realizados nos últimos anos revelam dados importantes sobre a evolução das tendências do consumo de drogas, em particular na população escolar.

Entre 1987 e 1991 observou-se, no que à prevalência do consumo de substâncias ilícitas diz respeito, uma clara predominância do consumo de haxixe na população escolar. Verificou-se ainda, no que concerne à prevalência do consumo de substâncias lícitas, um número bastante elevado do consumo de cerveja, nomeadamente nos Distritos de Lisboa e Coimbra. Não havendo grande alteração nos consumos das bebidas alcoólicas, assistiu-se a um aumento das bebidas destiladas em particular os “shoot’s”.

A necessidade de compreender o fenómeno das drogas em Portugal, levou à elaboração em 1998, do “Relatório sobre o fenómeno das drogas e a acção do Governo nos anos de 1995 – 1997” com o objectivo de apresentar um quadro evolutivo da dimensão do fenómeno da droga em Portugal.

Em 1992 e 1998 foram realizados mais três estudos em meio escolar da rede pública da região da Grande Lisboa, relativos ao uso de drogas pelos estudantes.

A *cannabis* foi considerada a droga mais consumida no ciclo do ensino mais avançado. Estes dados confirmam os dados do Inquérito Nacional de Consumos na população nacional da equipa do Professor Casimiro Balsa (1998).

No ano de 1998 procedeu-se à realização de um estudo em meio universitário sobre o consumo de drogas lícitas e ilícitas. De igual modo, a *cannabis* apresentou-se com uma taxa superior às das outras drogas, com especial incidência nos estudantes do sexo masculino. Em vários estudos mais localizados e realizados pelo Irefrea (Instituto para o Estudo dos Factores de Risco e Protecção de Crianças e Adolescentes) em Coimbra e em Lisboa, os resultados sobre o consumo da *cannabis* e as bebidas destiladas voltam a confirmar-se.

De forma elucidativa, no ano de 2001 considerou-se um novo estudo “Inquérito Nacional em Meio Escolar 2001”, promovido pelo IDT e que envolveu cerca de 40.000 alunos numa amostra aleatória, estratificada por região geográfica e ano de escolaridade. Este permitiu observar que uma proporção significativa dos alunos inquiridos em Portugal, demonstraram já ter, pelo menos, uma experiência de consumo de substâncias ilícitas, ao longo da vida, com prevalências de consumo ao longo da vida de 80% para a cerveja, 81% para as bebidas destiladas, 14% para o consumo de tranquilizantes, 26% para o consumo

de cannabis, 8% para outras drogas, 5% para *ecstasy*, 4% para cocaína e 2% para heroína. A cannabis vinha sendo a droga mais consumida.

Entre os estudos em meio escolar refira-se a importância do estudo E.S.P.A.D. – *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*, que tem por finalidade fornecer dados comparáveis sobre prevalências e padrões de consumo de substâncias lícitas e ilícitas em alunos de 16 anos, a nível europeu, a que Portugal aderiu, pela primeira vez, em 1995, voltando a repeti-lo nos anos de 1999 e 2003.

Pode concluir-se através deste inquérito que tal como em 1995, Portugal manteve-se em 1999, para a generalidade das substâncias lícitas e ilícitas, abaixo do consumo médio europeu, quer a nível das prevalências de consumo, quer a nível dos padrões mais persistentes e/ou abuso de consumo.

A evolução das Prevalências ao Longo da Vida de 1999 para 2003 entre os alunos de 16 anos, veio demonstrar que se verificaram aumentos significativos em quase todas as substâncias psicoactivas, à excepção das anfetaminas que estabilizaram e da heroína que apresentou um ligeiro decréscimo da percentagem de alunos que já experimentaram. A substância de maior consumo é a cannabis seguida dos inalantes e do *ecstasy*, mas a cocaína começa a mostrar a sua presença a nível nacional e também escolar. A globalização do consumo, as descidas do preço do produto e a sua acessibilidade torna-o o protagonista mais frequente do palco das nossas vivências.

Apesar do acréscimo da percentagem de jovens que já experimentaram drogas, Portugal, em 2001, continuava a ser um país com baixa prevalência de consumos, quando comparado com outros países, como a Espanha, a França, a Itália ou ainda que muito mais geograficamente distante de nós, mas com enorme influência cultural, os Estados Unidos da América. Mas não devem ser estes resultados que nos devem descansar, pois os consumos ainda que lentamente, têm vindo a subir de ano para ano.

Para além dos estudos em meio escolar, de realçar ainda os estudos elaborados pelas Forças Armadas, com o objectivo de implementar um controlo de diagnóstico precoce e dissuasor do consumo de drogas, que apontam para a importância de uma intervenção em Prevenção Primária. Finalmente importa fazer referência ao primeiro estudo da população nacional apresentado pela equipa do Professor Balsa 1998 que veio confirmar alguns resultados a nível da população mais jovem.

Mas a aposta para podermos enfrentar esta situação terá que ser feita definitivamente a nível Escolar através de abordagens Preventivas Universais e Selectivas tendo em conta as situações dos nossos jovens. Para tal é pressuposto haver duas condições de base:

- A Formação de Professores;
- A disponibilidade de utilização de *curricula* escolares nesta área.

## 2.5 – Conclusões

Não é pelo facto das instituições se alterarem ou tomarem formas administrativas diferentes que os problemas se resolvem.

Como pretendemos focalizar o nosso trabalho na importância da Prevenção, queremos que a prevenção se traduza inequivocamente no *intervir antes de acontecer*. Independentemente de como as instituições públicas ou privadas se desenhem com vista a trabalhar na toxicodependência, querendo desenvolver actividades na Prevenção, é certo que esta é uma actividade pró-activa, que deve preocupar e responsabilizar toda a sociedade. Deve ser portanto uma actividade transversal a toda a sociedade.

A Prevenção não é só uma questão de boas intenções, mas exige planificação, rigor, bons métodos, permanência, planeamento e avaliação. Se não se reunirem estes requisitos, então ficará toda a intervenção num gesto ao acto de promoção corporativa, como mais uma acção de sensibilização. Para além disso a Prevenção deve basear-se na evidência científica.

A toxicodependência é um fenómeno com uma especificidade muito própria, daí a preocupação e a necessidade de estabelecimento de uma política pública para esta área de intervenção. Esta política tem que se identificar com as políticas internacionais, onde a articulação e cooperação internacional é imprescindível, para além de muito localmente e para resolução de problemas específicos, haver também espaço e oportunidade para as iniciativas e intervenções locais. Estamos cientes que o Estado deve dar orientações muito próprias e bem definidas sobre acompanhamento e resoluções desta problemática, mas também, e hoje mais do que nunca, deve ser no terreno, muito localmente, numa parceria entre os diversos actores activos que deve acontecer um trabalho de proximidade, de prevenção e até de redução de danos e minimização de riscos. As Autarquias municipais, nos seus planos de intervenção e de projectos de luta contra a pobreza e de reinserção, devem estar sensíveis a esta realidade e, em parceria com as O.N.G.D., I.P.S.S. e Associações juvenis, construir e criar uma “malha”/rede de trabalho, nesta vertente de prevenção. Em conclusão: é no terreno e muito próximo dos problemas, que melhor se conhece a realidade territorial e assim, se tenta minimizar/resolver prevenindo os problemas.

### **3 – Cenário actual existente em Portugal e no Distrito de Viana do Castelo**

#### **3.1 – Alguns resultados de estudos realizados: o Cenário Nacional**

Em função dos poucos indicadores conhecidos, sobre consumos de substâncias psicoactivas e hábitos ou faixas etárias associadas a estes consumos, devido ao intervalo de tempo que decorre entre a realização dos estudos e a publicação dos resultados, importa apresentar neste capítulo a situação que actualmente é conhecida em Portugal e no Distrito de Viana do Castelo. Fazemos também uma pequena comparação dos dados existentes com o Relatório Anual 2005 do Observatório Europeu da Droga e Toxicodependência. Realizamos esta abordagem, porque julgamos importante, tendo presentes os resultados do Inquérito Nacional em Meio Escolar (I.N.M.E., 2001), realizado aos alunos do 3º. Ciclo e do Ensino Secundário do ensino oficial e alguns resultados do estudo do E.S.P.A.D., o *Inquérito Europeu sobre o Consumo de Álcool e Outras Drogas (European School Survey on Alcohol and Other Drugs)* referente a 1999 e a 2003.

A problemática da toxicodependência, conforme referimos anteriormente, tem contornos preocupantes e à medida que a faixa etária vai descendo, vai aumentando o consumo de substâncias psicoactivas.

Neste sentido, parece-nos oportuno definir o que entendemos por substâncias psicoactivas. De acordo com Feijão e Lavado (2001), substâncias psicoactivas “são substâncias ilícitas, usualmente denominadas drogas, assim como substâncias legais susceptíveis de alterar o estado de consciência e os comportamentos tais como o álcool, o tabaco ou certos medicamentos” (www.drogas.pt – acedido a 20/05/2008).

Ao compararmos os resultados do Inquérito Nacional em Meio Escolar realizado em 2001, aos alunos do 3º. Ciclo e do Ensino Secundário oficial (dos 13 aos 18 anos de idade) com outros dados disponíveis (E.S.P.A.D., 1999) e verificámos que os consumos, particularmente da cocaína, registaram uma subida generalizada.

Também se constatou que neste universo em estudo (I.N.M.E.), 14% do total de alunos já tinha consumido algum tipo de droga, pelo menos uma vez na vida, 8% tinha consumido no último ano alguma substância e 6% tinha-o feito no último mês (Quadro 1).

É uma realidade incontestável que os consumos já não se limitam às regiões de Lisboa e do Porto, mas que se dispersam por todo o país.

**Quadro 3 – Tipo de consumo declarado pelos jovens dos 13 aos 18 anos de idade**

CONSUMOS DE VÁRIAS SUBSTÂNCIAS				
MAIOR PREVALÊNCIA DE CONSUMO DE <b>DROGA</b> AO LONGO DA VIDA	MAIOR PREVALÊNCIA DE CONSUMO DE <b>CANABIS</b>	MAIOR PREVALÊNCIA DE CONSUMO DE <b>ECS-TASY</b>	MAIOR PREVALÊNCIA DE CONSUMO DE <b>COCAÍNA</b>	MAIOR PREVALÊNCIA DE CONSUMO DE <b>HEROÍNA</b>
8% DOS JOVENS CONSUMIRAM, SENDO: 5% NO ÚLTIMO ANO 3% NO ÚLTIMO MÊS	10% DOS JOVENS CONSUMIRAM, SENDO: 8% NO ÚLTIMO ANO 5% NO ÚLTIMO MÊS	4% DOS JOVENS CONSUMIRAM, SENDO: 3% NO ÚLTIMO ANO 2% NO ÚLTIMO MÊS	4% DOS JOVENS CONSUMIRAM, SENDO: 3% NO ÚLTIMO ANO 2% NO ÚLTIMO MÊS	4% DOS JOVENS CONSUMIRAM, SENDO: 3% NO ÚLTIMO ANO 2% NO ÚLTIMO MÊS

Fonte: Inquérito Nacional Em Meio Escolar 2001- 3.º Ciclo, Instituto Português Droga e da Toxicodependência, Lisboa, 2001. Elaboração Própria.

De acordo com os dados recolhidos, que de forma resumida apresentamos no Quadro 2, podemos observar que o consumo do tabaco (59%) é mais elevado no estudo no estudo E.S.P.A.D. (1999) para os jovens de 16 anos, do que no I.N.M.E. (2001) do 7.º ao 9.º ano. O mesmo acontece no consumo do álcool (78%). Nas outras substâncias a situação inverte-se.

Esta é uma demonstração da preocupação que merece esta problemática, porque verificamos através destes indicadores, que o consumo de substâncias psicoactivas aumenta à medida que a faixa etária diminui.

Será que esta tendência para um consumo em idades mais jovens se deve à maior facilidade de acesso às substâncias? Será que de uma forma simplificada, o aumento do poder de compra dos jovens alterou-se e por isso facilitou o acesso/aquisição destas substâncias? Tiveram alguma influência para esta mudança de consumo as campanhas anti-tabágicas e anti-álcool?

Assim através destes estudos – E.S.P.A.D. 1999 e I.N.M.E. 2001 (consultar Quadro 2), podemos verificar que no consumo de tabaco e de álcool os valores são superiores no Estudo E.S.P.A.D. 1999. Nas outras substâncias o consumo é mais significativo no Estudo I.N.M.E. 2001.

**Quadro 4 – Consumo (em %) de várias substâncias e álcool**

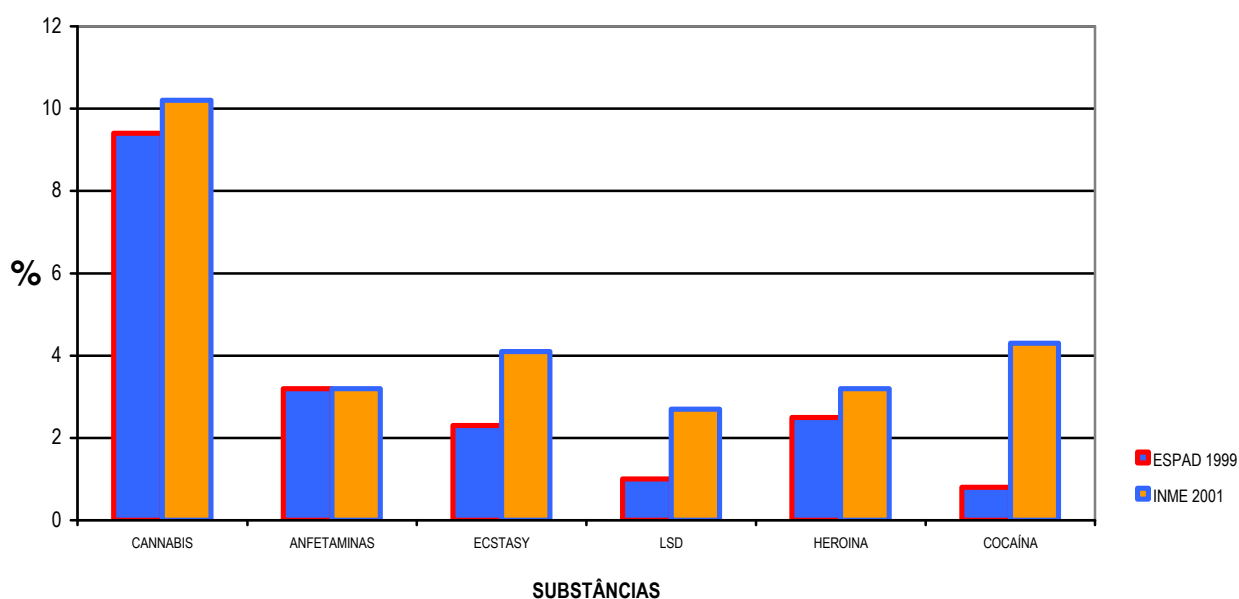
ESTUDOS	SUBSTÂNCIAS					
	Tabaco	Álcool	Tranquilizantes	Droga	Cannabis	Outras Drogas
E.S.P.A.D. 1999	59 %	78 %	8 %	12 %	9 %	6 %
I.N.M.E. 2001	49 %	67 %	10 %	14 %	10 %	8 %

Fonte: Inquérito Europeu sobre o Consumo de Álcool e Outras Drogas 1999 – 3º. Ciclo, Instituto Português Droga e da Toxicodependência, Lisboa, 2001. Inquérito Nacional em Meio Escolar 2001 – 3º. Ciclo, Instituto Português Droga e da Toxicodependência, Lisboa, 2001. Elaboração Própria.

Para percebermos melhor estas diferenças, elaborámos vários gráficos que mostram os aumentos de consumo.

Na Figura 1 podemos verificar que em todas as substâncias, a prevalência do consumo ao longo da vida é superior na faixa etária do 7º ao 9º ano (Estudo do I.N.M.E.), com valores particularmente elevados para o consumo da Cannabis, Ecstasy, LSD, Heroína e Cocaína, verificando-se o inverso para o tabaco e álcool.

**Figura 1 – Prevalência em Portugal de consumo por substâncias (%) ao longo da vida, através dos estudos *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (E.S.P.A.D.)-1999 (16 ANOS) e o Inquérito Nacional em Meio Escolar – I.N.M.E. 2001 (7º ao 9º ano)**

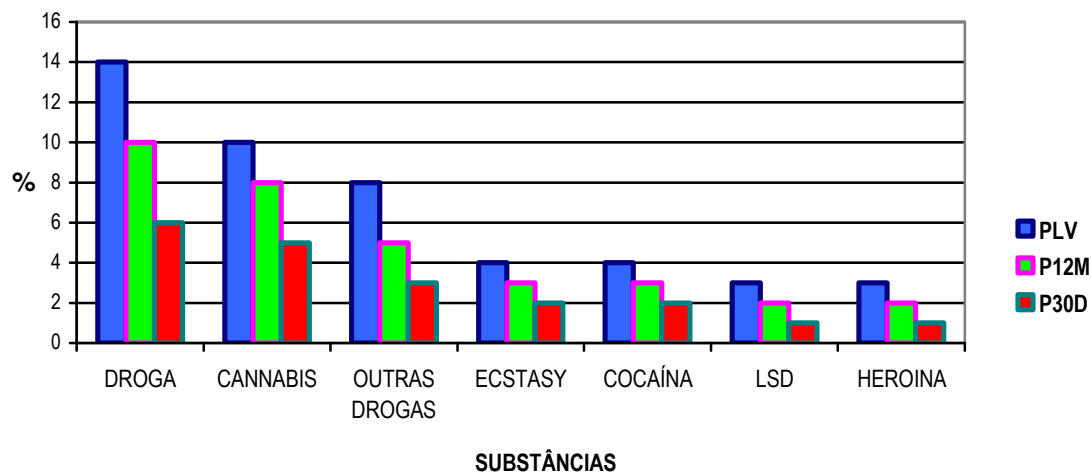


Fonte: Inquérito Nacional Em Meio Escolar 2001- 3.º Ciclo, Instituto Português Droga e da Toxicodependência, Lisboa, 2001. Elaboração Própria.

A nível nacional podemos verificar através da Figura 2, que os consumos são preocupantes, com prevalências elevadas, quer seja ao longo da vida (PLV), quer nos últimos doze meses (P12M), quer nos últimos trinta dias (P30D). A cannabis evidencia valores bastante elevados em qualquer dos parâmetros e o ecstasy tem valores idênticos à cocaína e supera inclusivamente a heroína.

Esta figura dá-nos uma primeira imagem da problemática do consumo de substâncias psico-activas nos jovens e por isso se pode verificar, comprovado com estudos mais recentes, que a situação se agrava.

**Figura 2 – Prevalência em Portugal de consumo de drogas (%) ao longo da vida, nos últimos doze meses e nos últimos trinta dias nos jovens do terceiro ciclo em 2001**

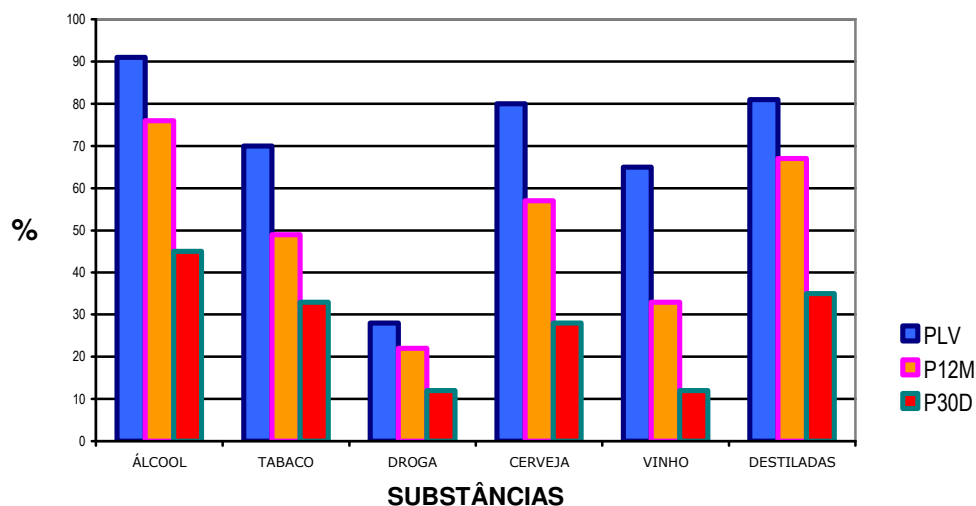


Fonte: Inquérito Nacional Em Meio Escolar 2001 – 2º Ciclo, Instituto Português Droga e da Toxicodependência, Lisboa, 2001. Elaboração Própria.

Na Figura 3 podemos verificar para 2001 a comparação ao longo das três prevalências de consumo (Longo da Vida, Últimos Doze Meses e Últimos Trinta Dias) e para os jovens do Ensino Secundário, que as substâncias que mais consumiram eram o álcool e o tabaco e só depois a droga. No seio das bebidas alcoólicas, as bebidas destiladas eram as que maior prevalência de consumo apresentava. O consumo de droga evidenciava taxas de prevalência muito abaixo das taxas de consumo de vinho, cerveja e bebidas destiladas.



**Figura 3 – Prevalência em Portugal de consumo de álcool, tabaco e droga (%) ao longo da vida, nos últimos meses e nos últimos dias nos jovens do Ensino Secundário em 2001**



Fonte: Inquérito Nacional em Meio Escolar 2001-Secundário, Instituto Português da Droga e da Toxicodependência, Lisboa.

Estes indicadores obrigam-nos a colocar algumas questões: Será que estas percentagens de consumo de bebidas alcoólicas têm a ver com a nossa cultura de país produtor de vinho? Será que o consumo de bebidas destiladas, nesta ordem de grandeza, tem a ver com a frequência de festas estudantis e frequência, por exemplo, de discotecas, pubs, neste período da adolescência?

### 3.2 – Cenário no Distrito de Viana do Castelo

Como verificamos no Quadro 3, o distrito de Viana do Castelo apresenta, a par dos distritos de Vila Real, Viseu, Santarém e Ponta Delgada, maior prevalência de consumo de cocaína e de heroína. No consumo desta última substância, também o distrito de Évora é uma realidade.

Estes indicadores de consumo são preocupantes para o nosso distrito. Observando estes valores, questionamo-nos se estes consumos não terão a ver com o facto de Viana do Castelo ser um distrito de fronteira com a Galiza/Espanha, onde particularmente nas Rias Baixas, o narcotráfico é uma actividade que prospera e que, quase todas as semanas é notí-

cia nos *mass media*. Será que com esta abundância no mercado, a oferta de substâncias aumenta e por isso possibilita estes valores de maior consumo?

Veja-se que quer para a heroína, quer para a cocaína, os distritos que maior consumo têm, são aqueles que de alguma forma são corredores de trânsito rodoviário para Espanha e Centro/Sul do País, com excepção de Ponta Delgada.

**Quadro 5 – Locais com maior prevalência de consumo de drogas de acordo com o Inquérito Nacional em Meio Escolar 2001 – 3.º Ciclo**

REGIÕES	DISTRITOS DE PORTUGAL	MAIOR PREVALÊNCIA DE CONSUMO DE DROGA AO LONGO DA VIDA	MAIOR PREVALÊNCIA DE CONSUMO DE CANNABIS	MAIOR PREVALÊNCIA DE CONSUMO DE ECSTASY	MAIOR PREVALÊNCIA DE CONSUMO DE COCAÍNA	MAIOR PREVALÊNCIA DE CONSUMO DE HEROÍNA
NORTE	BRAGA					
	BRAGANÇA					
	PORTO	CONCELHOS PORTO E MATOSINHOS	CONCELHO GAIA			
CENTRO	VIANA CASTELO					
	VILA REAL					
	AVEIRO	CONCELHOS AVEIRO E FEIRA	CONCELHOS AVEIRO E FEIRA			
	CASTELO BRANCO					
	COIMBRA					
LISBOA E VALE DO TEJO	GUARDA					
	LEIRIA					
	UISEU					
SUL	LISBOA	CONCELHOS LISBOA ALMADA E CASCAIS	CONCELHOS LISBOA E CASCAIS			
	SANTARÉM					
	SETÚBAL					
MADEIRA	BEJA					
	ÉVORA					
AÇORES	FARO					
	PORTALEGRE					
	FUNCHAL					
	PONTA DELGADA					

Fonte: Inquérito Nacional Em Meio Escolar 2001- 3.º Ciclo – Instituto Português Droga e da Toxicodependência, Lisboa, 2001. Elaboração Própria.

Os Quadros 4 e 5 ajudam-nos a interpretar e a consolidar melhor esta apreciação das realidades nacional e distrital. O Quadro 4 dá-nos uma primeira imagem da problemática do consumo de substâncias psicoactivas nos jovens e verificamos que a situação se agrava, comparando com indicadores preliminares de estudos mais recentes que vão surgindo.

Através do Quadro 5 e com base nas prevalências disponíveis em estudo, verificamos que o consumo de drogas para os jovens do terceiro ciclo em Viana do Castelo é idêntico à da Região Norte. No entanto, é superior à prevalência do consumo nos últimos trinta dias e ligeiramente inferior a Portugal, mas superior também nesta última prevalência descrita.

Quanto à prevalência ao longo da vida, o consumo de Cannabis é inferior à Região Norte e a Portugal. No entanto nesta mesma prevalência, referente ao consumo de drogas, que não a

Cannabis, é superior à Região Norte e a Portugal.

**Quadro 6 – Prevalências de consumo de substâncias ao longo da vida (PLV), nos últimos 12 meses (P12M) e nos últimos 30 dias (P30D), em Portugal, na Região Norte e em Viana do Castelo, de acordo com o Inquérito Nacional em Meio Escolar 2001 – 3.º Ciclo**

TERRITÓRIO	PREVALÊNCIAS	TABACO	ÁLCOOL	TRANQUILIZANTES	DROGAS	CANNABIS	OUTRAS DROGAS ≠ CANNABIS
PORTUGAL	PLV	49	67	11	14	10	8
	P12M	36	49	6	10	8	5
	P30D	19	25	3	6	5	3
NORTE	PLV	47	65	11	13	10	7
	P12M	35	39	7	9	8	4
	P30D	19	20	3	6	4	3
DISTRITO	PLV				13	8	9
VIANA DO	P12M				9		
CASTELO	P30D				7		

Fonte: Inquérito Nacional Em Meio Escolar 2001- 3.º Ciclo – Instituto Português Droga e da Toxicodependência, Lisboa, 2001.

Nas variáveis estudadas, a Região Norte apresenta valores sempre inferiores às prevalências nacionais. O distrito de Viana do Castelo também apresenta valores inferiores às prevalências nacionais, bem como às verificadas na Região Norte. Mas nas bebidas destiladas a prevalência nos últimos trinta dias é superior à da Região Norte e próxima da Nacional, bem como, com prevalências próximas da Região Norte relativa ao consumo de Ecstasy.

### 3.2.1 – O Ensino Secundário

Continuando nesta avaliação da situação do distrito de Viana do Castelo, prosseguimos com o mesmo estudo de 2001 e referente ao Inquérito Nacional em Meio Escolar, mas agora direccionado para o ensino secundário do ensino oficial, na faixa etária dos 16 aos 18 anos de idade. Aqui verificamos alguns dados curiosos e preocupantes. No Distrito de Viana do Castelo, o consumo de bebidas destiladas e de ecstasy estão muito próximos das prevalências do Norte. A Prevalência ao Longo da Vida de consumo de heroína é igual à prevalência Nacional. A Prevalência de consumo de cannabis é aproximadamente a mesma que a do Norte e Nacional. (Quadro 7).

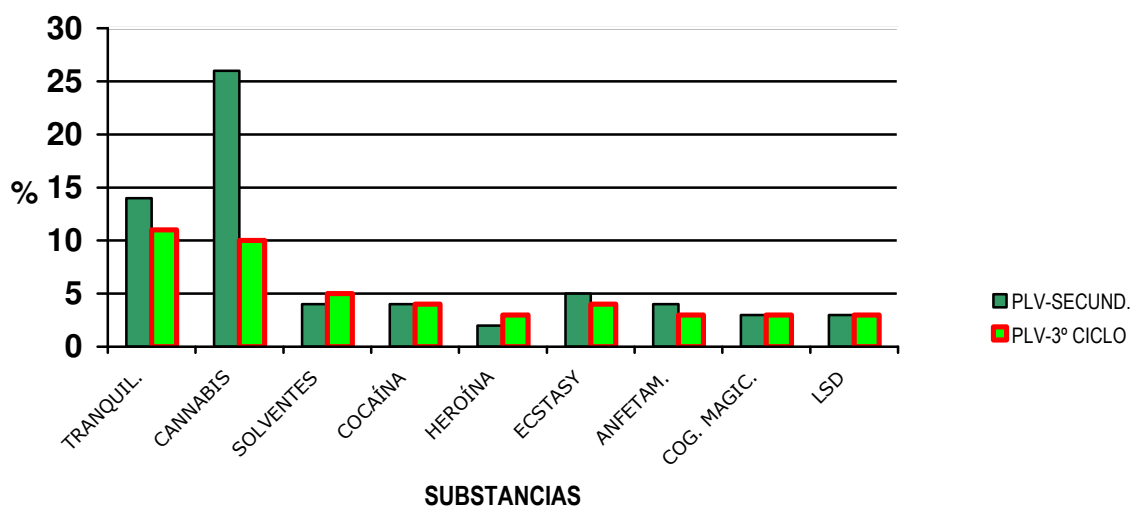
**Quadro 7 - Prevalências de consumo de várias substâncias e bebidas alcoólicas em Portugal, na Região Norte e em Viana do Castelo, de acordo com o Inquérito Nacional em Meio Escolar 2001 – Ensino Secundário (10º. ao 12º. ano na faixa etária dos 16 aos 18 anos)**

TERRITÓRIO	PREVALÊNCIAS	CANNABIS	OUTRAS DROGAS	COCAÍNA	OUTRAS DROGAS ≠ CANNABIS	BEBIDAS DESTILADAS	CERVEJA	ECSTASY	HEROÍNA
PORTUGAL	PLV	26	8	4	8	81	80	5	2
	P12M	20	5	-	-	-	-	-	-
	P30D	11	3	1	3	35	28	2	1
NORTE	PLV	23	8	3.6	8	77.8	79.4	4.2	2.6
	P12M	18	4	-	-	-	-	-	-
	P30D	10	2	1.2	2.6	33.4	25.8	1.4	1
DISTRITO VIANA DO CASTELO	PLV	21	-	2	7	77	77	4	2
	P30D	8	-	1	2	34	22	1	0

Fonte: Inquérito Nacional Em Meio Escolar 2001- 3.º Ciclo – Instituto Português Droga e da Toxicodependência, Lisboa, 2001. Feijão, F., Lavado.E., Instituto Português da Droga e da Toxicodependência

Na Figura 4, relativa à prevalência de consumo de substâncias ilícitas (%) ao longo da vida entre alunos do terceiro ciclo e do ensino secundário, podemos verificar que a maior diferença de consumo acontece na cannabis. Os alunos do ensino secundário consomem quase o triplo dos alunos do 3º. Ciclo, que mesmo assim é significativo.

**Figura 4 – Consumo de substâncias ilícitas ao longo da vida no Ensino Secundário e 3º. Ciclo**



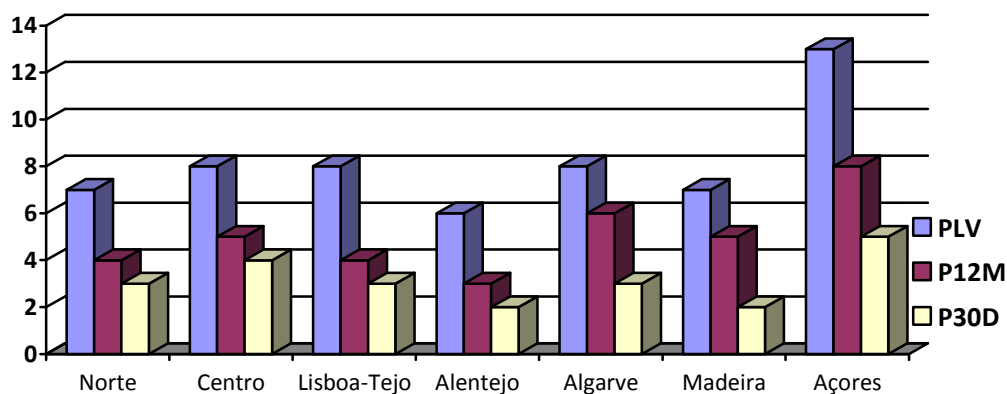
Fonte: Inquérito Nacional Em Meio Escolar 2001- 3.º Ciclo – Instituto Português Droga e da Toxicodependência, Lisboa, 2001. Elaboração própria.

Através da avaliação deste estudo – Inquérito Nacional em Meio Escolar (INME) 2001 – e feita a seriação das várias substâncias lícitas verificamos que no terceiro ciclo, relativamente ao consumo de tabaco, as prevalências registadas são iguais ou inferiores na Região Norte, quando comparada com as outras regiões.

Quanto ao consumo do álcool, verificamos que só a prevalência ao longo da vida (PLV) é que é superada pela Madeira, porque nos outros parâmetros e regiões a Região Norte é a que apresenta valores mais baixos de consumo.

Quanto à prevalência de consumo de tranquilizantes, a Região Norte tem valores idênticos à Região Centro, supera todas as outras regiões, excepto as da Madeira e dos Açores.

**Figura 5 – Prevalências de consumo “outras drogas” (drogas sem *Cannabis*), por Região (%) – Longo da Vida, últimos 12 meses e últimos 30 dias - Consumo de substâncias ilícitas ao Longo da Vida no Ensino Secundário e 3.º Ciclo**



Fonte: Inquérito Nacional Em Meio Escolar 2001 - 3.º Ciclo – Instituto Português Droga e da Toxicodependência, Lisboa, 2001.

No que diz respeito à prevalência do consumo de cannabis a Região Norte é ultrapassada pelas Regiões Centro e Madeira, apresentando valores idênticos à média nacional.

Relativamente à prevalência do consumo de outras drogas, excluindo a cannabis, a Região Norte volta a ocupar o terceiro lugar menos consumidor, ficando atrás das Regiões do Alentejo e Madeira.

Numa avaliação por distrito e região, relativamente à prevalência ao longo da vida no consumo de drogas (Quadro 6), verificamos que o distrito de Viana do Castelo apresenta um valor médio de consumo inferior em 1% em relação à média nacional. Quanto à prevalência do consumo de cannabis, ao longo da vida, neste distrito é de um dígito, igual ao mais baixo consumo e 2% abaixo do consumo da média nacional, que é de 10%.

**Quadro 8 – Comparação de Prevalências – ao Longo da Vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias - de consumo de várias substâncias, em vários distritos, em Viana do Castelo, com a média nacional, de acordo com o Inquérito Nacional em Meio Escolar 2001**

	Prevalência ao Longo da Vida	Prevalência nos últimos 12 meses	Prevalência nos últimos 30 dias
Viana Castelo	9%	9%	7%
Braga	7%	9%	4%
Porto	6%	9%	5%
Coimbra	7%	9%	6%
Lisboa	8%	9%	6%
<b>Média Nacional</b>	<b>8%</b>	<b>10%</b>	<b>6%</b>

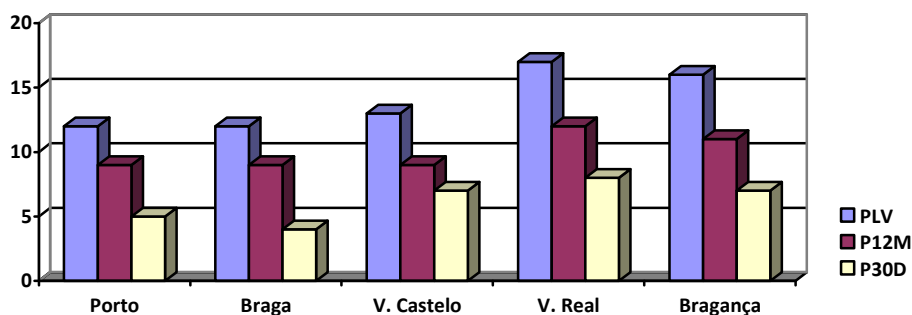
Fonte: Inquérito Nacional Em Meio Escolar – 2001- Instituto Português Droga E Da Toxicodependência, Lisboa, 2001. Elaboração própria.

Podemos verificar que a prevalência ao longo da vida no consumo de outras drogas, excluindo a cannabis, para o distrito de Viana do Castelo é elevada, ficando 1% acima da média nacional que é de 8% (Quadro 6).

Verifica-se que a prevalência de consumo de drogas nos últimos 12 meses no distrito de Viana do Castelo é de 9% e está abaixo 1% da média nacional, sendo curioso ter um valor idêntico ao consumo dos grandes aglomerados urbanos como Porto, Braga, Coimbra e Lisboa.

Regista-se um valor de 7% na prevalência de consumo de drogas nos últimos 30 dias para o distrito de Viana do Castelo, superior em 1% à média nacional. Neste caso a prevalência de consumo é superior aos grandes aglomerados urbanos como Porto, Braga, Coimbra e Lisboa, o que é preocupante.

**Figura 6 – Prevalências de consumo de drogas (%) na Região Norte por distritos**



Fonte: Inquérito Nacional Em Meio Escolar – 2001- 3.º Ciclo – Instituto Português Droga E Da Toxicodependência, Lisboa, 2001.

Podemos verificar que a prevalência de consumo de drogas na Região Norte por distritos é elevada (Figura 6). Viana do Castelo nos três parâmetros em estudo (Prevalências ao longo da vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias), iguala ou é superior à média da região, superando os distritos do Porto e de Braga.

**Quadro 9 – Comparação de Prevalências – ao longo da vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias - de consumo de várias substâncias, no distrito de Viana do Castelo, com a média nacional, de acordo com o Inquérito Nacional em Meio Escolar 2001**

Substâncias								
Território	Prevalências	Cerveja	Bebidas Destiladas	Cannabis	Ecstasy	Outras drogas (Não Cannabis)	Cocaína	Heroína
Viana Cas- telo	PLV	77%	77%	21%	4%	7%	2%	2%
	P12M	-	-	-	-	-	-	-
	P30D	22%	34%	8%	1%	2%	1%	1%
Nacional	PLV	80%	81%	26%	5%	8%	4%	2%
	P12M	-	-	-	-	-	-	-
	P30D	28%	35%	11%	2%	3%	1%	Não referido

Fonte: Inquérito Nacional Em Meio Escolar – 2001, Instituto Português Droga E Da Toxicodependência, Lisboa, 2001. Elaboração própria.

Assim, o consumo de cerveja no distrito de Viana do Castelo, nas prevalências ao longo da vida e nos últimos trinta dias, apresenta valores de 77% e 22%, respectivamente,



posicionando-se à frente das prevalências dos distritos do Porto e de Braga, sendo as prevalências nacionais ao longo da vida de 80% e dos últimos trinta dias de 28%.

No consumo de bebidas destiladas para este distrito a prevalência ao longo da vida é de 77% e a prevalência nos últimos trinta dias de 34%, apresentando para a Região Norte apenas valores inferiores ao distrito de Braga. As prevalências nacionais são ao longo da vida de 81 % e nos últimos trinta dias de 35%. A prevalência dos últimos trinta dias é apenas um dígito abaixo da prevalência nacional.

Quanto ao consumo de cannabis, verifica-se um equilíbrio em todos os distritos da Região Norte, sendo para Viana do Castelo a prevalência ao longo da vida de 21 % e a prevalência nos últimos trinta dias de 8%, quando a nível nacional as prevalências ao longo da vida é de 26 % e nos últimos trinta dias de 11%.

No consumo de ecstasy para este distrito a prevalência ao longo da vida é de 4% e nos últimos trinta dias é de 1% e as prevalências nacionais são ao longo da vida de 5% e nos últimos trinta dias de 2%. O distrito de Viana do Castelo encontra-se dentro dos valores apresentados nos cinco distritos da Região Norte.

Nas outras drogas que não a cannabis, o Distrito de Viana do Castelo apresenta a prevalência ao longo da vida de 7% e nos últimos trinta dias de 2%, sendo as prevalências nacionais, ao longo da vida de 8% e nos últimos trinta dias de 3%. Este distrito apresenta valores idênticos aos cinco distritos da Região Norte.

No consumo de cocaína para este Distrito a prevalência ao longo da vida é de 2% e a prevalência nos últimos trinta dias é de 1%, ficando abaixo dos cinco Distritos da Zona Norte. As prevalências nacionais são ao longo da vida de 4% e nos últimos trinta dias de 1%, em que Viana do Castelo iguala este valor.

Quanto ao consumo de heroína, Viana do Castelo tem uma prevalência ao longo da vida de 2% e a prevalência nos últimos trinta dias de 1%. Este distrito tem uma prevalência de consumo ao longo da vida igual à média nacional e dos cinco distritos da Região Norte, mas na prevalência dos últimos trinta dias, não apresenta valores de consumo, o que não deixa de ser estranho.

Assim e resumindo, constatamos que a prevalência de consumo de drogas na Região Norte por distritos é elevada. Viana do Castelo nos três parâmetros em estudo (Prevalências ao longo da vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias), iguala ou é superior à média da região, superando os distritos do Porto e de Braga.

Relativamente ao Distrito de Viana do Castelo e no consumo de bebidas destiladas tem uma prevalência superior à Região Norte e próxima da prevalência Nacional. No con-

sumo de *ecstasy* está próxima da prevalência Nacional. A cannabis é muito consumida (o triplo) pelos alunos do secundário, em relação aos do 3º. Ciclo, contudo, na prevalência de consumo ao longo da vida é de 9%, superior em 1% à média nacional. No consumo de tabaco é idêntico ao das outras regiões.

Para os alunos do ensino secundário, o consumo de cerveja tem valores próximos das prevalências nacionais: para Viana do Castelo a prevalência ao longo da vida situa-se nos 77% e a nacional nos 80%, e na prevalência dos últimos 30 dias é de 22% e na nacional é de 28%. Para o consumo de bebidas destiladas e de cannabis, também apresenta prevalências inferiores às nacionais.

O Distrito de Viana do Castelo apresenta valores preocupantes em várias substâncias, o que implica para o futuro, um trabalho muito sério de prevenção no terreno. Concereteza que a proximidade com a Galiza e as “noites” em Vigo, têm influência nos hábitos e consumos desta população jovem.

### **3.3 – Estudo E.S.P.A.D./2003 para Portugal**

O E.S.P.A.D. – Inquérito Europeu sobre o Consumo de Álcool e Outras Drogas/*European School Survey on Alcohol and Other Drugs*, onde Portugal também participa, é um estudo que se realiza na Europa, por equipas independentes de investigadores e cuja coordenação pertence ao *The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs* (C.A.N.), contando também com o apoio do Grupo Pompidou do Conselho da Europa. Contribuem outras instituições de diferentes países europeus com visibilidade e idoneidade reconhecida na área do álcool e das drogas. Portugal tem participado neste estudo desde que se iniciou em 1995. Este estudo tem periodicidade de quatro anos (1995, 1999, 2003).

Os resultados do E.S.P.A.D. 2003 foram apresentados em todos os países que participaram neste estudo e em Portugal, a sua apresentação ocorreu em 2004.12.14. A informação contida neste estudo contempla vários indicadores e prevalências sobre o consumo de substâncias psicoactivas no intervalo de quatro anos e cujos jovens completaram 16 anos em 2003.

Segundo este estudo, onde se reconhecem grandes mais-valias pela sua realização, acresce o facto de se passar a ter uma perspectiva europeia sobre a evolução/regressão do uso/consumo de substâncias psicoactivas e de cada país no universo europeu, proporcionando as devidas comparações entre Estados.

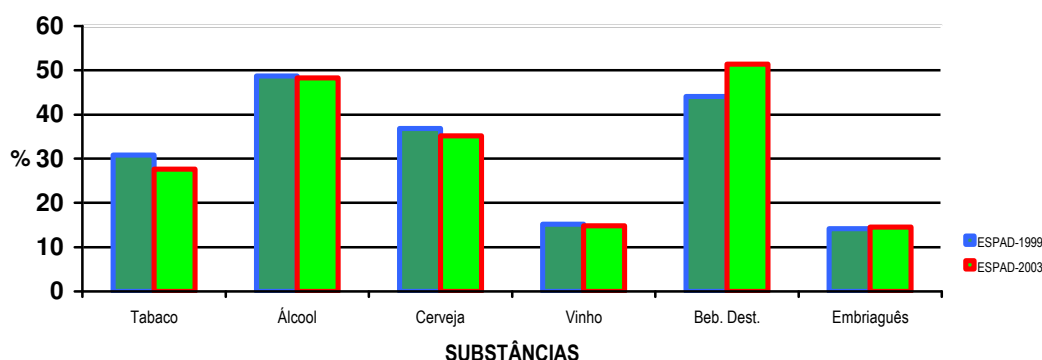
Portugal vai ocupando lugares abaixo da média para todos os indicadores em estudo, contudo, para outras drogas que não a cannabis, medicamentos e inalantes, apresenta valores dentro da média.

No cenário nacional, julgamos oportuno verificar as prevalências do E.S.P.A.D.-2003 em Portugal, comparando alguns valores conhecidos.

Na Figura 7 é feita a comparação entre os E.S.P.A.D. de 1999 e 2003, para as prevalências de consumo de tabaco e álcool nos últimos 30 dias, aos alunos de 16 anos.

Verificamos que o consumo de tabaco e de álcool e especificamente no consumo de cerveja e vinho, as prevalências baixaram do ano de 1999 para 2003. Verifica-se o inverso para o consumo de bebidas destiladas e situação de embriaguez. No consumo de bebidas destiladas é onde se verifica a subida mais acentuada (de 7,3%).

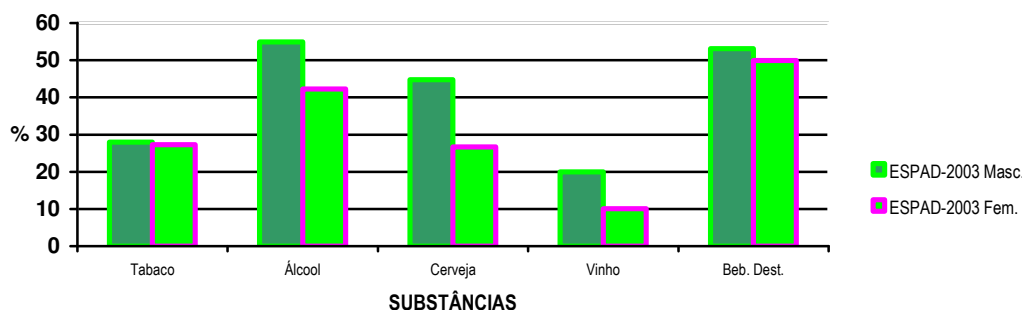
**Figura 7 – Comparação de prevalências no consumo (%) nos últimos 30 dias de tabaco e álcool, entre os E.S.P.A.D. de 1999 e 2003, em alunos de 16 anos**



Fonte: E.S.P.A.D. 2003 – Portugal, Instituto da Droga e da Toxicodependência, Observatório de Drogas e Toxicodependências, Lisboa, 2004. Elaboração Própria.

Nesta comparação de valores (E.S.P.A.D. -2003), podemos verificar através da Figura 8 que na prevalência dos últimos trinta dias (%) no consumo de tabaco e álcool, por sexo, em alunos de 16 anos, se registam diferenças significativas. Todas as prevalências do sexo feminino são inferiores às do sexo masculino. O maior *décalage* verifica-se no consumo de cerveja (44,8% masc. e 26,7% fem.) e a maior igualdade encontra-se no consumo de tabaco (28% masc. e 27,3% fem.), merecendo também particular atenção o consumo de bebidas destiladas (53,1% masc. e 49,9% fem.).

**Figura 8 – Comparação de prevalências no consumo (%) de tabaco e álcool, por sexo, nos últimos 30 dias, entre os E.S.P.A.D. de 1999 e 2003, em alunos de 16 anos**



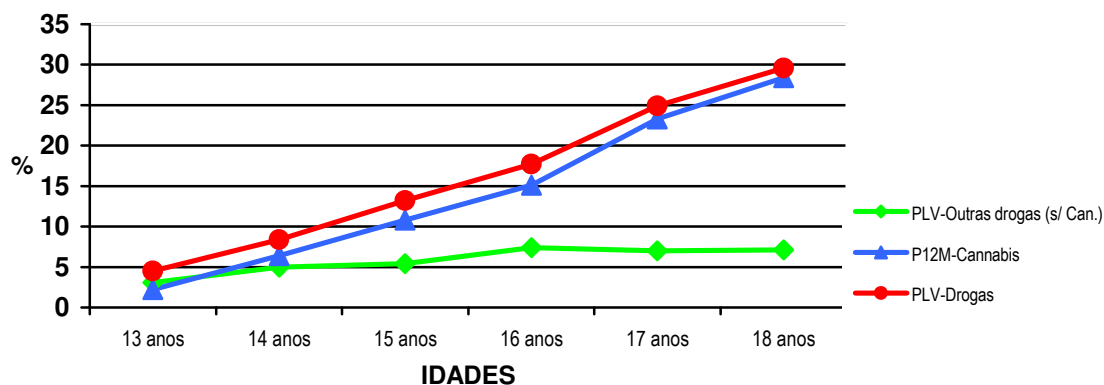
Fonte: E.S.P.A.D. 2003 – Portugal, Instituto da Droga e da Toxicodependência, Observatório de Drogas e Toxicodependências, Lisboa, 2004. Elaboração Própria.

Relativamente ao consumo de drogas, comparando a evolução das prevalências dos estudos E.S.P.A.D. 1999 e de 2003, nos alunos de 16 anos, verificamos:

- aumentos significativos em quase todas as substâncias;
- uma ligeira descida da percentagem de alunos que já experimentou a heroína;
- a cannabis é a substância com maior número de consumidores (15%).

Neste estudo (E.S.P.A.D. 2003) e analisando de forma transversal os consumos, encontraram-se diferenças acentuadas de consumidores em função da idade. O consumo de cannabis apresenta uma evolução acelerada e uniforme com a idade, tendo passado de 2% aos 13 anos, para 28% aos 18 anos. Já nas outras drogas verifica-se a passagem de 3% aos 13 anos para 7% aos 18 anos (Figura 9).

**Figura 9 – Comparação de prevalências no consumo de drogas (%), ao longo da idade**

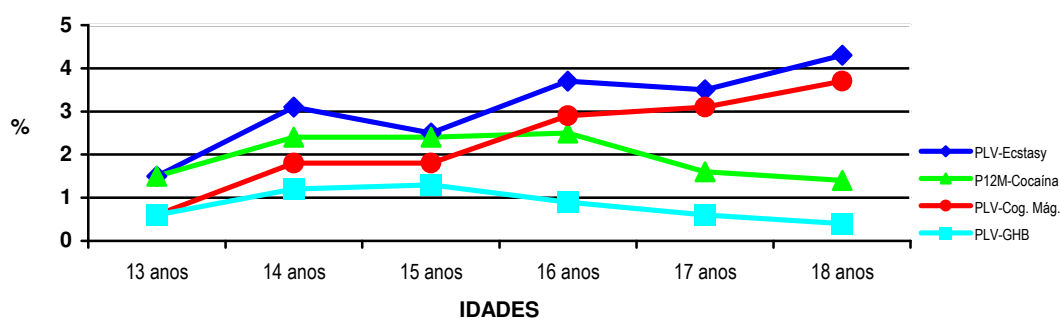


Fonte: E.S.P.A.D. 2003 – Portugal, Instituto da Droga e da Toxicodependência, Observatório de Drogas e Toxicodependências, Lisboa, 2004. Elaboração Própria.

Uma verdade incontestada é a verificação do aumento da percentagem de consumidores de ecstasy, com o aumento da idade. As festas musicais com a “cultura” de maior agrupamento que se encontra na moda – o tecno e trance – poderão ser um dos factores explicativos.

Se compararmos os consumos de várias substâncias através das PLV dos 13 aos 18 anos, verificamos que o ecstasy apresenta sempre o maior valor. O consumo de cocaína cai, mas há um aumento de consumo dos cogumelos mágicos, o que é muito preocupante (Figura 10).

**Figura 10 – Comparação de prevalências no consumo de várias substâncias (%), ao longo da idade, dos 13 aos 18 anos**

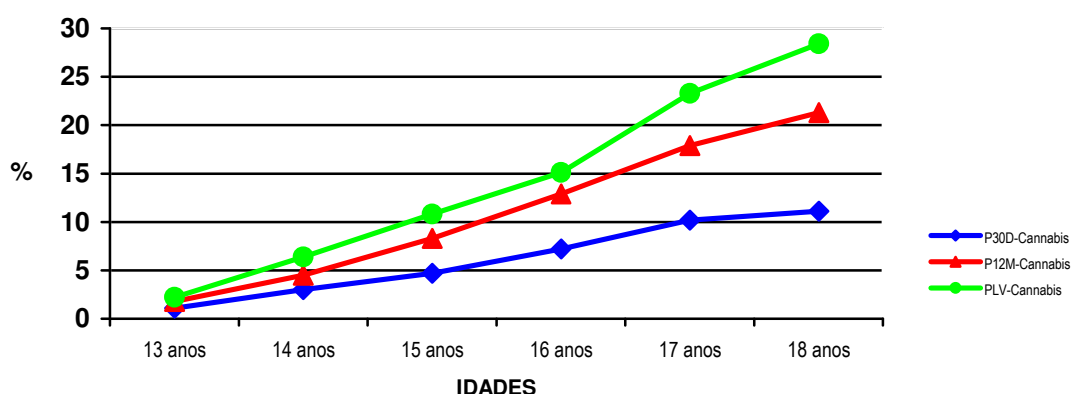


Fonte: E.S.P.A.D. 2003 – Portugal, Instituto da Droga e da Toxicodependência, Observatório de Drogas e Toxicodependências, Lisboa, 2004. Elaboração Própria.

Inúmeros autores e relatos registados são unânimes em referir que o consumo de cannabis vem aumentando. Não só é iniciado o consumo cada vez mais cedo, como se vai mantendo e até aumentando ao longo da vida.

Sendo assim, importa olhar com particular atenção a percentagem do consumo de cannabis ao longo da vida, nos últimos doze meses e últimos trinta dias, na faixa etária dos 13 aos 18 anos. Verificamos que o consumo aumenta sempre (Figura 11).

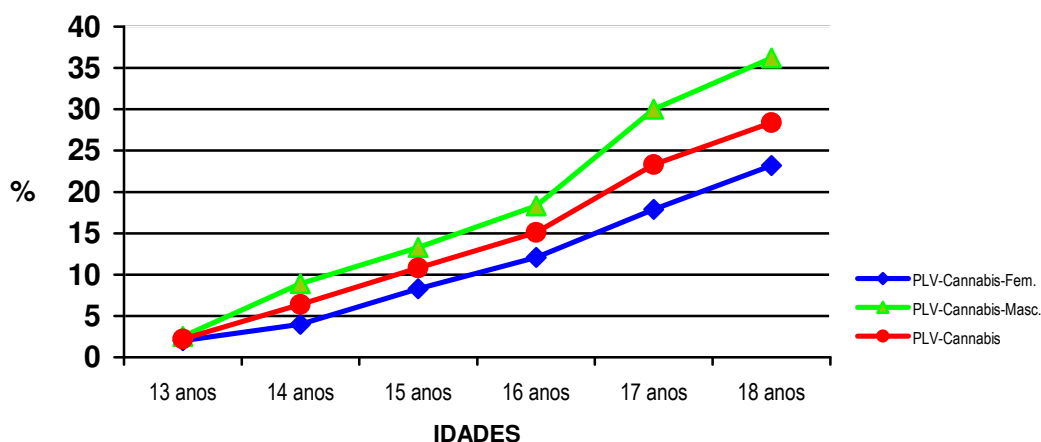
**Figura 11 – Comparação de consumo de cannabis (%), ao Longo da Vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias, na faixa etária dos 13 aos 18 anos**



Fonte: E.S.P.A.D. 2003 – Portugal, Instituto da Droga e da Toxicodependência, Observatório de Drogas e Toxicodependências, Lisboa, 2004. Elaboração Própria.

Complementando esta observação, interessa ver qual o posicionamento e evolução da prevalência do consumo ao longo da vida (%) para a cannabis, por sexo, dos 13 aos 18 anos. À medida que a idade aumenta, também o consumo aumenta, sendo o consumo no sexo feminino sempre menos representativo (Figura 12).

**Figura 12 – Prevalência de consumo de cannabis, no sexo masculinos e feminino, Ao Longo da Vida, na faixa etária dos 13 aos 18 anos**



Fonte: E.S.P.A.D. 2003 – Portugal, Instituto da Droga e da Toxicodependência, Observatório de Drogas e Toxicodependências, Lisboa, 2004. Elaboração Própria.

O fenómeno do consumo de substâncias psicoactivas é um fenómeno que não se sabe que tipo de evolução vai ter. Com o estudo E.S.P.A.D. algumas questões podem ser levantadas, tais como:

- através dos indicadores apurados, poderemos questionar se o consumo de heroína estará a decrescer?
- a cannabis ocupará um lugar mais significativo e por isso de maior consumo, quando comparado com outras drogas?
- ou estes dois consumos vão igualar-se?
- a cocaína, G.H.B. e outras substâncias banalizar-se-ão em termos de consumo?

Questões que só o futuro, a Prevenção e outros estudos poderão responder.

### 3.4 – Dados do relatório anual 2004 referente à situação de Portugal

De acordo com o Relatório Anual de 2004 referente à situação de Portugal em matéria de drogas e toxicodependências, verificamos que a cannabis é a substância ilícita mais consumida em Portugal e vem crescendo a sua preferência (Quadro 8), confirmando-se este consumo nas populações escolares que registam um aumento de prevalências nestes últimos anos.

A cocaína traz-nos também uma preocupação maior, porque é a substância que regista prevalências de consumo superiores às da heroína, particularmente nas populações escolares. Para além disso, quando se apresenta esta substância no estado de cocaína e em base de cocaína assume um papel mais importante nos consumos problemáticos de drogas, essencialmente quando associados à heroína. A cocaína ocupa assim o segundo lugar dos consumos.

O *ecstasy* a nível do consumo problemático é muito residual. Tem mais visibilidade quando associado ao consumo de *cannabis*.

A heroína/opiáceos tem prevalências de consumo que ocupam lugares secundários. No entanto, é a substância com maior responsabilidade nos consumos problemáticos. É também a substância que mais motiva a procura de tratamento e a que causa mais mortes.

As outras drogas, LSD, anfetaminas e cogumelos registam prevalências de consumo inferiores à de *ecstasy*.

No domínio das populações escolares há dados e prevalências preocupantes e que deveriam merecer muita atenção pelos organismos responsáveis da área da saúde.

A *cannabis* apresenta prevalências de consumo elevadas nas populações escolares. Estas prevalências vêm aumentando nos últimos anos.

A cocaína apresenta um aumento da prevalência de consumo, situação que se vem registando também nos últimos anos.

No seio destas populações (Quadro 10), o *ecstasy* apresenta-se ao nível das substâncias ilícitas com prevalências das mais elevadas de consumo, mas inferior às verificadas com a *cannabis*.

A heroína/opiáceos regista no seio das populações escolares uma diminuição das prevalências, que também se vem registando nos últimos anos.

A nível de outras drogas, LSD, anfetaminas e cogumelos vêm-se registando prevalências superiores às da heroína e similares às da cocaína.

De uma forma geral, a nível de Portugal, está a gerar-se uma particular preocupação em torno da realidade dos policonsumos verificando-se uma potencialização das drogas associadas ao consumo de álcool. Há aumento de riscos quando o consumo de álcool está associado ao consumo de heroína e/ou cocaína, e ainda, quando surgem estes policonsumos de associação de cocaína ou de base de cocaína com heroína. Regista-se também com preocupação a associação de substâncias lícitas com ilícitas.



**Quadro 10 – Relatório anual de 2004 referente à situação de Portugal em matéria de drogas e toxicodependências**

PORTUGAL				
SUBSTÂNCIAS	DADOS GERAIS		POPUL. ESCOLARES	
	SITUAÇÃO	PREVALÊNCIAS	SITUAÇÃO	PREVALÊNCIAS
CANNABIS	<b>1ª. DROGA</b>			
	PREVALÊNCIA DE CONSUMO MUITO SUPERIOR A OUTRAS DROGAS	↑	PREVALÊNCIA DE CONSUMO MAIS ELEVADA	↑
COCAÍNA	<b>2ª. DROGA</b>			
	PREVALÊNCIA DE CONSUMO SUPERIOR CONSUMOS PROBLEMÁTICOS ASSOCIADOS À HEROÍNA	↑	ACRÉSCIMO DAS PREVALÊNCIAS DE CONSUMO NOS ÚLTIMOS ANO	↑
ECSTASY	PAPEL SECUNDÁRIO, APENAS COM MAIS VISIBILIDADE ASSOCIADO CONSUMO CANNABIS	=	UMA DAS DROGAS COM MAIS ELEVADA PREVALÊNCIA DE CONSUMO	↑
	PRINCIPAL DROGA A NÍVEL DOS CONSUMOS PROBLEMÁTICOS DE DROGAS	=	DIMINUIÇÃO DAS PREVALÊNCIAS DE CONSUMO	↓
OUTRAS DROGAS, LSD, ANFETAMINAS, COGUMELOS	PREVALÊNCIAS DE CONSUMOS INFERIORES AO ECSTASY	=	ACRÉSCIMO DE PREVALÊNCIAS	↑
POLICONSUMOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>POTENCIALIZAÇÃO DAS DROGAS ASSOCIADAS AO CONSUMO DE ÁLCOOL;</li> <li>AUMENTO DOS RISCOS QUANDO ASSOCIADO CONSUMO ÁLCOOL AO CONSUMO DE HEROÍNA E/OU COCAÍNA</li> </ul>			

Fonte: Relatório Anual 2004: A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, Instituto da Droga e da Toxicodependência, Observatório de Drogas e Toxicodependências, Lisboa, 2005. Elaboração Própria.

### 3.5 – Situação da Europa

A nível Europeu e de acordo com os dados fornecidos pelo Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência para o ano de 2005, verifica-se que a cannabis é a primeira droga (Quadro 11), com consumidores entre os jovens que se estimam acima de três

milhões, sendo maioritariamente do sexo masculino e cujas prevalências de consumo estão a aumentar particularmente nestas faixas etárias.

A cocaína apresenta também uma subida das prevalências de consumo, contudo varia este consumo conforme as regiões, tendo como maiores consumidores a Espanha e o Reino Unido.

O *ecstasy* é a segunda substância de eleição, registando-se também o aumento da prevalência de consumo desta droga.

A heroína/opiáceos mantém as prevalências de consumo de anos anteriores, sendo a principal substância que leva à procura de tratamento.

As outras drogas, LSD, anfetaminas e cogumelos, ocupam também de forma preocupante o segundo lugar, apresentando prevalências de consumo elevadas, logo a seguir à cannabis.

**Quadro 11 – A evolução do fenómeno da droga na Europa de acordo com o Relatório Anual 2005 do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência**

EUROPA		
DADOS GERAIS		
SUBSTÂNCIAS	SITUAÇÃO	PREVALÊNCIAS
	<b>1ª. DROGA</b>	
CANNABIS	ACIMA DE 3 MILHÕES DE CONSUMIDORES JOVENS SEXO MASCULINO	↑
	<b>2ª. DROGA</b>	
COCAÍNA	VARIA CONFORME AS REGIÕES (ESPANHA E REINO UNIDO MAIORES CONSUMIDORES)	↑
	<b>2ª. DROGA</b>	
ECSTASY		↑
HEROÍNA	PRINCIPAL DROGA QUE LEVA AO	=
OPIÁCEOS	TRATAMENTO	
OUTRAS DROGAS, LSD, ANFETAMINAS	<b>2ª. DROGA</b>	=
COGUMELOS	APÓS A CANNABIS	

Fonte: Relatório Anual 2005: A Evolução do Fenómeno da Droga na Europa, Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, Luxemburgo, 2005. Elaboração Própria.

Dados mais recentes e de acordo com o Instituto da Droga e da Toxicodependência, no seu relatório de 2006 (2007: 11), confirma-se o já esperado e verificado em outros anos,

de que a cannabis continua a ser a substância ilícita mais consumida em Portugal. Contudo e segundo o mesmo relatório, o consumo desta substância em populações escolares “parece ter estabilizado em 2006” (*Idem, ibidem*). A heroína ocupa o lugar dos consumos problemáticos, como sendo a principal droga e, associada em inúmeras vezes, ao consumo da cocaína.

De acordo com os dados preliminares do Inquérito Nacional em Meio Escolar-2006, Évora, 18 de Abril 2008, IDT, podemos constatar que, em comparação com o mesmo estudo a nível nacional de 2001, em 2006:

- houve um decréscimo de alunos do 3º. Ciclo e do Ensino Secundário, que na prevalência ao longo da vida, já experimentaram qualquer substância psicoactiva;
- quanto à alteração de padrões na prevalência ao longo da vida, há:
  - diminuição do policonsumo nos alunos do 3º. Ciclo e Ensino Secundário;
  - verifica-se que a percentagem de alunos do 3º. Ciclo, que experimentaram alguma “outra droga”, é maior do que os que experimentaram cannabis;
- os consumos regulares – últimos 30 dias:
  - diminui a percentagem dos consumidores de tabaco e cannabis (3º. Ciclo e Ensino Secundário);
  - aumenta a percentagem dos consumidores de cerveja e vinho (3º. Ciclo e Ensino Secundário);
  - aumenta a percentagem dos consumidores de bebidas destiladas (só nos alunos do Ensino Secundário).

Confrontando os resultados dos Inquéritos Nacionais em Meio Escolar de 2001 e 2006, no 3º. ciclo (7º., 8º. E 9º. Anos) verificamos que havia em 2001 um consumo de droga de 14% dividido da seguinte forma: Cannabis 10%, outras drogas 8%, só cannabis 6%, só outras drogas 4% e cannabis e outras drogas 4%. Enquanto que em 2006 verifica-se que o consumo de droga é de 11%, dividido da seguinte maneira: Cannabis 6%, outras drogas 7%, só cannabis 4%, só outras drogas 5% e cannabis e outras drogas 2%.

Nestes mesmos estudos, mas agora para o Secundário (10º., 11º. e 12º. Anos, verificou-se que em 2001 o consumo de droga é de 28%, dividido em: Cannabis 26%, outras drogas 8%, só cannabis 20%, só outras drogas 2% e cannabis e outras drogas 6%. Em 2006

verificou-se o consumo de drogas em 22%, sendo: Cannabis 19%, outras drogas 7%, só cannabis 15%, só outras drogas 3% e cannabis e outras drogas 4%.

Em conclusão: há um decréscimo de consumos em todos os parâmetros/substâncias atrás descritas, excepto no consumo “só outras drogas” que aumenta de 4% para 5% e 2% para 3% nos Inquéritos de 2001 para 2006 no 3º. Ciclo e secundário respectivamente.

### **3.6 – Conclusões**

Constatamos todos os dias, que vivemos numa luta desigual, face aos meios que o narcotráfico utiliza, e aqueles que o Estado possui e que estão ao seu dispor para combater, diminuir e ganhar esta batalha.

Para além das Famílias, a Escola em toda a sua envolvência e particularmente os professores, têm uma importância vital na educação dos nossos jovens. Sendo esta uma realidade inquestionável, importa saber qual é a sensibilidade dos professores para a “disciplina” da prevenção, nos seguintes itens:

- saber qual é o entendimento sobre a prevenção e, prevenção da toxicod dependência;
- saber-se, informar claramente sobre substâncias aditivas é aumentar a capacidade dos jovens saberem dizer não e, por isso, estarem mais prevenidos;
- se a Escola deve estar aberta a encarar e trabalhar esta problemática;
- se os professores devem ter formação específica para fazerem a abordagem pedagógica da prevenção;

Nesta Sociedade de valores mutáveis, e face à necessidade que os jovens de hoje têm, de forma “ingénua”, “necessidade” de sentir grandes emoções, grandes sensações, surge a possibilidade que alguém obtenha lucros, riquezas e fortunas fabulosas, conseguidas à custa destas “frágeis emoções”. Somos de opinião que, perante esta realidade, só há dois caminhos a percorrer:

- através das forças policiais, de investigação e tribunais para implementar de forma implacável, um combate real, franco e aberto, contra o narcotráfico;
- através da Prevenção, começando esta em idades precoces, percorrendo os vários níveis de ensino e a população destas faixas etárias. Como afirma a Socióloga Elza Pais (2004), a Prevenção em meio escolar deverá ser enten-

dida como uma prioridade absoluta, assente em planeamento adequado, com programas de prevenção específica e universal.

A importância da informação sobre os tipos de substâncias e as consequências do seu consumo e, o reforço de competências que aumentem as resistências dos jovens ao consumo de drogas, conclui esta Socióloga, é crucial para o sucesso da prevenção no âmbito do consumo de substâncias psicoactivas.

Estamos também convencidos de que, com as desigualdades sociais que cada vez mais separam ricos e pobres, com as dificuldades decorrentes da taxa de desemprego e a sustentação das Famílias, as exigências da Sociedade e o consumismo de marcas e produtos, o consumo de substâncias aditivas vai aumentar. O desencanto com a vida, a falta de um projecto de emprego/vida e as ilusões vendidas de forma barata, face à fraca formação profissional e o sustentar destas frequências em cursos de utilidade duvidosa, à custa de subsídios monetários, trazem em nossa opinião um fosso enorme entre a realidade, a necessidade de trabalho e o verniz e a bolha de ar, de uma “estabilidade instável”, provocando a seguir o refúgio no consumo de substâncias e álcool. Vai querer-se emoções grandes e imediatas, fazendo esquecer as agruras da vida, o vazio em torno destes indivíduos e as sempre exigências da Sociedade.

Aqui a prevenção vai ter/tem um papel importantíssimo e tem que desenvolver a sua grande competência que é ser pró-activa e “jogar” na antecipação. Eis o grande desafio que vai exigir a todos e em particular às Famílias e às Escolas, saber perceber este momento de crise, que se vai abater sobre a nossa Sociedade.

## **II PARTE –A PERSPECTIVA DO CORPO DOCENTE SOBRE A PREVENÇÃO PRIMÁRIA DAS TOXICODPENDÊNCIAS NAS ESCOLAS DO DISTRITO DE VIANA DO CASTELO**

### **4 – Pressupostos Metodológicos e breve caracterização da amostra**

Antes de avaliarmos os resultados conseguidos através dos inquéritos que realizámos ao corpo docente do distrito de Viana do Castelo, importa tecer algumas considerações sobre o caminho que decidimos encetar.

Sendo assim, o presente capítulo tenta esclarecer qual foi o caminho escolhido e as opções tomadas para avaliar a perspectiva do corpo docente quanto à prevenção primária das toxicodependências.

Pretendemos clarificar a forma como a problemática seleccionada foi desenvolvida e que tipo de técnicas foram escolhidas centrando-nos no esclarecimento da vertente de cariz empírica da investigação que realizámos. Finalizamos o capítulo com uma sucinta análise da amostra que foi recolhida.

#### **4.1 – Limitações e soluções das técnicas de investigação escolhidas**

Como mencionámos no início deste trabalho partimos para a nossa investigação com os seguintes objectivos:

- determinar o grau de conhecimento dos docentes dos 2º e 3º Ciclos do Ensino Básico, sobre as distintas áreas e componentes deste fenómeno (substâncias, factores de risco e protecção e estratégias preventivas);
- avaliar a percepção que uns e outros têm do seu papel educativo/preventivo;
- avaliar como os valores, crenças e atitudes pessoais influem nas abordagens preventivas.

É muito importante avaliarmos o conhecimento dos docentes sobre as substâncias/factores de risco e de protecção/práticas preventivas, e como influencia as práticas ou não, propondo em seguida algumas linhas de acção/intervenção para o distrito de Viana do Castelo.

Para tal equacionámos duas hipóteses de trabalho. **A primeira hipótese:** a maior parte dos professores que leccionam no distrito de Viana do Castelo, porque não têm for-

mação suficiente sobre a problemática das toxicodependências, estão pouco abertos a admitir que também têm responsabilidade na educação/prevenção das toxicodependências, delegando nos serviços de saúde e nos seus técnicos essa responsabilidade.

A **segunda hipótese** de trabalho prende-se com o acreditar que os docentes que já se sujeitaram a formação no domínio das toxicodependências, possuem competências acrescidas para uma melhor compreensão do fenómeno e desenvolvem uma intervenção mais consciente e esclarecida, ficando mais despertos para esta problemática, o que os motiva para o investimento na prevenção dentro das escolas, associada ao trabalho pedagógico nas suas disciplinas.

Iniciámos a nossa pesquisa com uma aprofundada pesquisa bibliográfica, a qual permitiu verificar que a generalidade dos estudos realizados é efectuada fundamentalmente segundo o enfoque clínico, revelando-se muito técnicos. Também, até ao momento, estes estudos estiveram pouco centrados na associação entre a Prevenção e a vertente escolar e qual a importância e o papel do professor enquanto formador e educador, quando chamado a intervir por iniciativa própria ou quando solicitado pelo aluno.

Optámos pela abordagem quantitativa, que nos permitiu mensurar os dados mais relevantes sobre possíveis actividades a desenvolver na escola e a sensibilidade existente para lidar com esta realidade. Este tipo de abordagem pressupõe um processo sistemático de recolha de dados observáveis e quantificáveis e que se caracterizam, quando comparada com o enfoque qualitativo, pela sua maior objectividade, pelo maior exercício do controlo por parte do entrevistador, por uma maior orientação da resposta e pela maior facilidade na generalização. Dito de outra forma, permite agrupar, com maior facilidade, um conjunto de discursos, num único discurso (Remoaldo, 2008).

O inquérito por questionário, ou vulgo questionário, não implica a mediação de outra pessoa no acto da resposta. No nosso caso correspondeu a um processo auto-administrado, tendo sido solicitado a cada professor que respondesse ao mesmo. Tratando-se de um questionário, estabeleceu-se uma ordem das questões e o número total de questões a realizar, fazendo as mesmas questões e pela mesma ordem a todos os inquiridos.

Se num primeiro momento, devido a contingências profissionais e de tempo, foram seleccionadas duas escolas, uma do litoral e outra do interior do distrito de Viana do Castelo, face à importância que atribuímos ao tema e a esta investigação, optámos por seleccionar várias escolas de todos os concelhos deste distrito, a fim de, através desta ampla amostra, tentar retratar melhor o objecto da investigação.

No que concerne à amostra optámos por uma amostra simples, aleatória ou randómica. Dos questionários validados na amostra (n=608) retirada do universo (n=1142), apenas 12 professores não responderam às questões do sexo e da idade (2% dos inquiridos validados). A amostra foi composta por professores de ambos os sexos, dos 2º. e 3º. Ciclos de ensino de todas as escolas de acordo com o Quadro 11, seguindo a feminização inerente à profissão de professor (67,6% eram professores do sexo feminino - n=403). Os professores entre os 40 e 59 anos (quer num sexo quer noutro) foram os mais representativos no 2º Ciclo, enquanto no 3º Ciclo foram entre os 30 e 49 anos (mesma tendência nos dois sexos). O significado dos professores com 50 e mais anos no 2º Ciclo (36%) poderá ser um *handicap* para a realização de formação e atitudes mais preventivas em relação às toxicodependências.

**Quadro 12 – Sexo e idade dos professores que fizeram parte da amostra**

Nível Ensino	Faixa Etária	Sexo		Total
		Masculino	Feminino	
2º. Ciclo	Até 29 anos	9	9	18
	De 30 a 39 anos	20	40	60
	De 40 a 49 anos	27	62	89
	De 50 a 59 anos	23	63	86
	60 e mais anos	6	2	8
	Total	85	176	261
3º. Ciclo	Até 29 anos	5	19	24
	De 30 a 39 anos	39	109	148
	De 40 a 49 anos	39	82	121
	De 50 a 59 anos	23	16	39
	60 e mais anos	2	1	3
	Total	108	227	335

Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007.



## **4.2 – Recolha de dados, tratamento da informação e breve caracterização da amostra**

### **4.2.1 – Aplicação do pré-teste e tratamento da informação**

Aplicámos o pré-teste, que se afigura como uma operação crucial para o sucesso da inquirição, no período de 8 a 20 de Janeiro de 2007, em duas Escolas diferentes (Escola Básica 1 e 2 de Vila Praia de Âncora e Escola 2,3-S de Caminha), correspondendo à inquirição de 20 professores dos 2º e 3º Ciclos do Ensino Básico (10 em cada uma das duas Escolas).

A aplicação do questionário, após as correcções introduzidas como resultado da realização do pré-teste, ocorreu no período de 12 de Fevereiro a 24 de Março de 2007, correspondendo a uma amostra de 608 questionários. A taxa de recusas foi baixa, tendo-se cifrado em 5,6%, como resultado do empenho e disponibilidade manifestada por todos os Conselhos Executivos das Escolas, contribuindo para um menor enviesamento dos resultados obtidos.

Em média, o preenchimento do questionário demorou 20 minutos, estando o mesmo alicerçado nas seguintes vertentes (consultar questionário no Anexo 1):

- caracterização sócio-profissional;
- realização na profissão;
- opinião sobre consumo de substâncias ilícitas;
- participação dos professores em acções de formação e de informação sobre prevenção primária das toxicodependências;
- intervenção dos professores no âmbito da prevenção e respectivo papel das escolas.

Para a introdução e tratamento da informação recolhida através dos inquéritos utilizámos o Programa S.P.S.S. versão 16.0.

### **4.2.2 – Caracterização territorial da amostra**

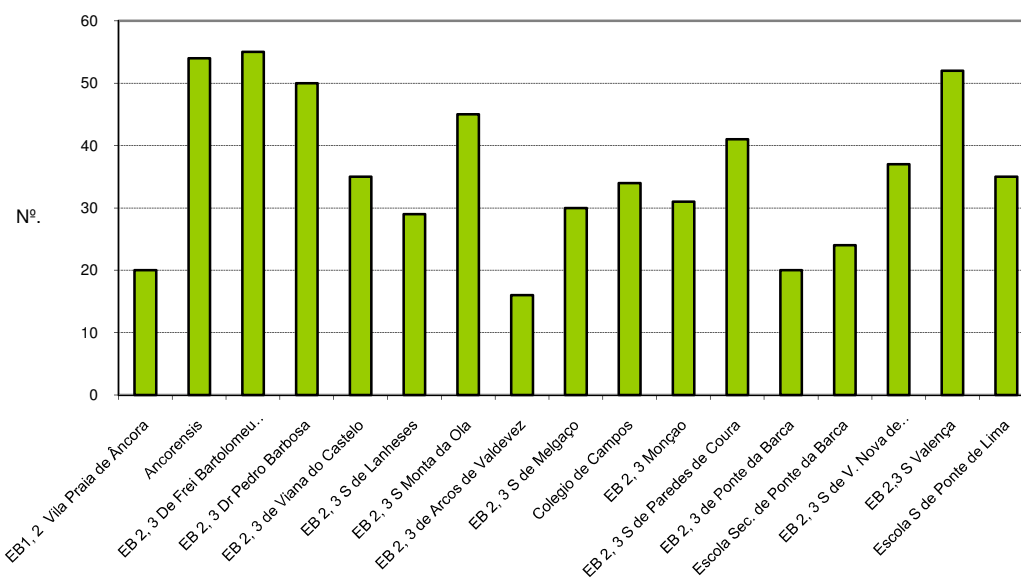
No Quadro 13 podemos comprovar a representatividade da amostra em termos de volume. Assim, a nossa amostra correspondeu a 59,9% de professores do 2º Ciclo do Ensino Básico e a 49,1% do 3º Ciclo do Ensino Básico.

**Quadro 13 - Distribuição do volume da amostra pelas Escolas do distrito de Viana do Castelo**

ESCOLAS	Nível de escolaridade								
	2º Ciclo			3º Ciclo			Total dos dois ciclos		
	Existem	Respond.	%	Existem	Respond.	%	Existem	Respond.	%
EB1, 2 Vila Praia de Âncora	35	20	57,1		0	0,0	35	20	57,1
Ancorensis		0	0,0	61	54	88,5	61	54	88,5
EB 2, 3 De Frei Bartolomeu dos Mártires	34	22	64,7	45	33	73,3	79	55	69,6
EB 2, 3 Dr Pedro Barbosa	38	26	68,4	49	24	49,0	87	50	57,5
EB 2, 3 de Viana do Castelo	42	16	38,1	56	19	33,9	98	35	35,7
EB 2, 3 S de Lanheses	25	18	72,0	70	11	15,7	95	29	30,5
EB 2, 3 S Monta da Ola	25	21	84,0	59	24	40,7	84	45	53,6
EB 2, 3 de Arcos de Valdevez	41	6	14,6	29	10	34,5	70	16	22,9
EB 2, 3 S de Melgaço	21	17	81,0	32	13	40,6	53	30	56,6
Colégio de Campos	20	16	80,0	25	18	72,0	45	34	75,6
EB 2, 3 Monção	33	13	39,4	34	18	52,9	67	31	46,3
EB 2, 3 S de Paredes de Coura	30	20	66,7	61	21	34,4	91	41	45,1
EB 2, 3 de Ponte da Barca	38	20	52,6	19	0	0,0	57	20	35,1
Escola Secundaria de Ponte da Barca		0	0,0	55	24	43,6	55	24	43,6
EB 2, 3 S de Vila Nova de Cerveira	19	19	100,0	24	18	75,0	43	37	86,0
EB 2,3 S Valença	40	30	75,0	42	22	52,4	82	52	63,4
Escola secundaria de Ponte de Lima		0	0,0	40	35	87,5	40	35	87,5
<b>TOTAL</b>	<b>441</b>	<b>264</b>	<b>59,9</b>	<b>701</b>	<b>344</b>	<b>49,1</b>	<b>1142</b>	<b>608</b>	<b>53,2</b>

Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007 e dados fornecidos pelos Conselhos Executivos das Escolas inquiridas.

Na Figura 13 podemos observar que o contributo de cada Escola para o total da amostra (n=608) variou entre um mínimo de 2,6% (EB 2, 3 de Arcos de Valdevez) e o máximo de 9% (EB 2, 3 de Frei Bartolomeu dos Mártires). A mediana correspondeu a 35 inquéritos, enquanto o desvio-padrão se cifrou em 12,3.

**Figura 13 – Contributo de cada Escola para o total da amostra**

Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007 e dados fornecidos pelos Conselhos Executivos das Escolas inquiridas.

Importa sobressair que 47,4% dos professores leccionavam em Escolas que se concentravam no litoral, visto 214 professores, dos 608 inquiridos, estarem a leccionar em Viana do Castelo.

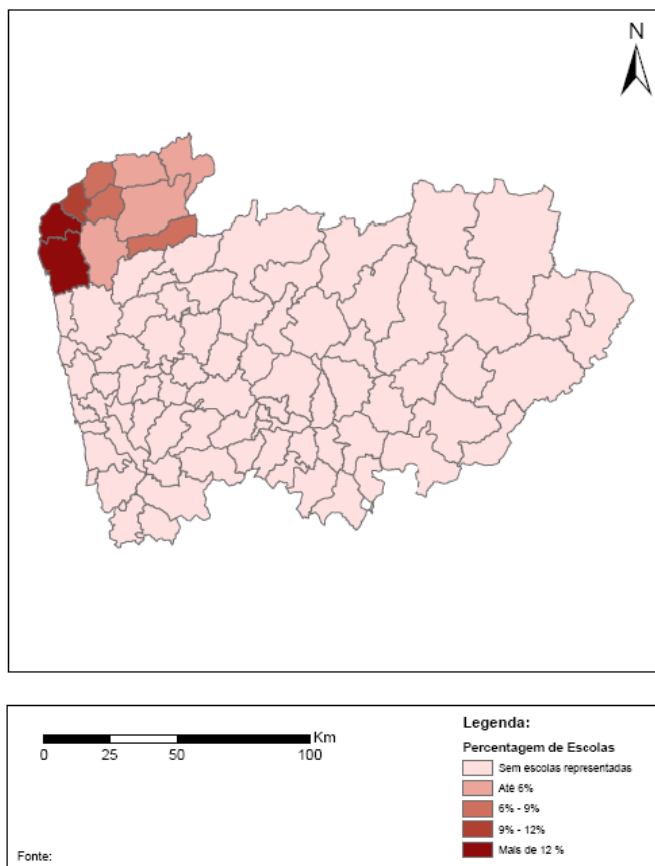
Em termos de representatividade dos concelhos do Distrito de Viana do Castelo, o Quadro 14 e a Figura 14 confirmam que os dez concelhos que constituem aquele território contribuíram para a amostra, com particular destaque para os concelhos de Viana do Castelo (35,2%), de Caminha (12,2%) e de Vila Nova de Cerveira (11,7%).

**Quadro 14 – Número de inquéritos realizados por concelho do Distrito de Viana do Castelo**

Concelho	Nº	%
Arcos de Valdevez	16	2,6
Caminha	74	12,2
Melgaço	30	4,9
Monção	31	5,1
Paredes de Coura	41	6,7
Ponte da Barca	44	7,2
Ponte de Lima	35	5,8
Viana do Castelo	214	35,2
Vila Nova de Cerveira	71	11,7
Valença	52	8,6
<b>Total</b>	<b>608</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007.

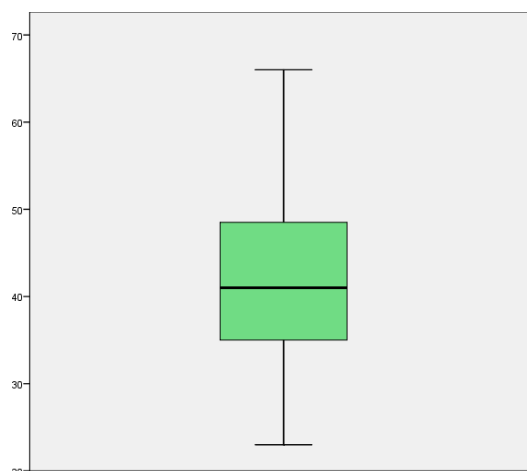
**Figura 14 – Representatividade dos concelhos do Distrito de Viana do Castelo em termos de número de inquéritos realizados**



Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007.

#### 4.2.3 – Caracterização sócio-familiar do inquirido

Como seria de esperar, aproximadamente 68% dos entrevistados são do sexo feminino, enquanto a média de idades é de 42 anos (dos 596 entrevistados que responderam a esta questão), cifrando-se em 23 anos a idade mínima e em 66 a idade máxima, gerando assim um significativo desvio-padrão (8,9 anos – Figura 15).

**Figura 15 – Idades dos inquiridos**

Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007.

Considerámos relevante aferir o posicionamento político de cada inquirido, bem como, a atitude religiosa, visto na problemática da toxicodependência estas variáveis podem ter alguma influência nas atitudes dos professores. Sendo assim, a maioria revelou não ter tendências partidárias (29,9%) ou assume-se como sendo de esquerda (26,5%). Mas temos que considerar que 21,2% não respondeu à questão (Quadro 15).

**Quadro 15 – Posicionamento político do inquirido**

Onde se situa politicamente	Nº	%
Extrema Esquerda	3	0,5
Esquerda	161	26,5
Centro	75	12,4
Direita	58	9,5
Sem tendências partidárias	182	29,9
Não responde	129	21,2
Total	608	100,0

Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007.

No que concerne à atitude religiosa, sobressai a significativa percentagem de inquiridos que afirmam não terem religião (12,5%) ou que têm dúvidas (21,1%). No entanto, 50,3% consideram-se “muito crentes” ou “crentes” (Quadro 16).

**Quadro 16 – Atitude religiosa dos inquiridos**

Como descreve a sua atitude religiosa	Nº	%
Muito crente	24	3,9
Crente	282	46,4
Tenho dúvidas	128	21,1
Sem religião	76	12,5
Não responde	98	16,1
<b>Total</b>	<b>608</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007.

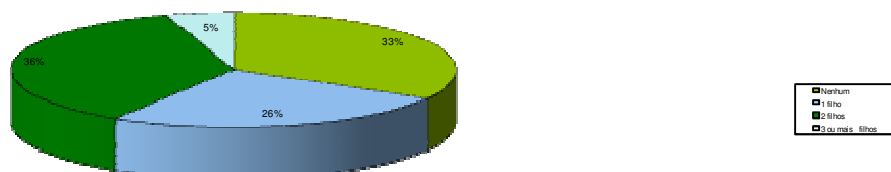
Em termos de análise factorial e por as variáveis utilizadas no questionário se tratarem na sua maioria de variáveis latentes, ou seja, que não podem ser directamente medidas e avaliadas, utilizou-se a análise factorial para avaliar o grau de independência entre as variáveis e descobrir quais as relações que são realmente significativas e merecem atenção especial no estudo.

Entre os entrevistados, aproximadamente 66% são casados, 22% são solteiros, 6% são divorciados, 4% vivem com outra pessoa, 1% são viúvos e 1 pessoa não respondeu.

Em termos de nacionalidade, 99,2% são portugueses e apenas 3 são argentinos, 1 é espanhol e 1 é brasileiro.

Podemos ainda salientar que 37% dos inquiridos têm 2 filhos e 33% não têm filhos. Os restantes inquiridos têm 1 filho (25%) ou 3 e mais filhos (5% - Figura 16).

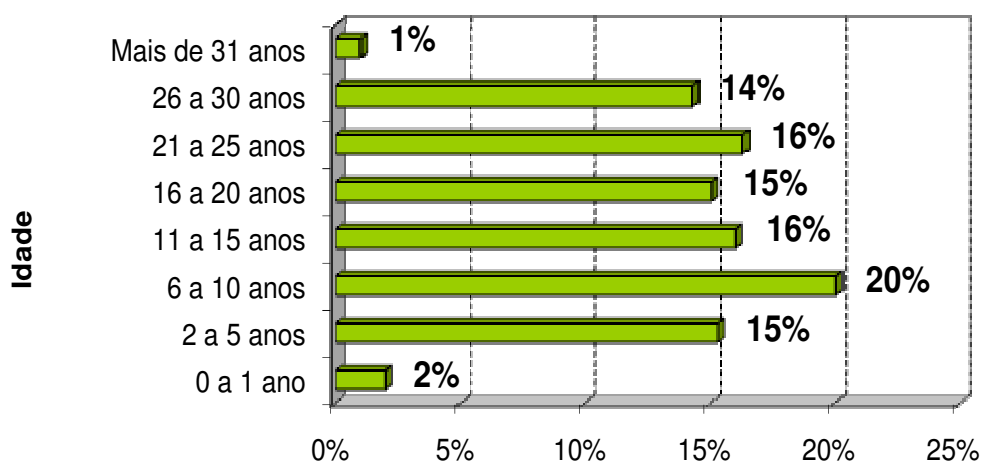
Colocamos esta questão aos professores sobre o número de filhos e as idades dos mesmos, no âmbito da caracterização sócio-profissional, a fim de avaliar e compreender melhor a sua preocupação sobre a toxicodependência, uma vez que em idades juvenis e adolescentes é potencialmente mais fácil acontecer a experimentação do consumo de substâncias, o envolvimento do grupo e a aventura para experimentar coisas novas. Ora, os professores, enquanto cidadãos, pais e educadores, com filhos nestas idades, poderão estar mais despertos para a realidade dos consumos de substâncias e por isso, assumirem-se como agentes interventores nas suas escolas. Julgamos que conseguimos a significativa adesão por parte dos docentes por tocar uma área tão sensível como as drogas.

**Figura 16 - Número de filhos dos inquiridos**

Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007.

Na sequência do atrás descrito, considerámos pertinente aferir a idade dos filhos do inquirido no sentido de sabermos se o mesmo possui filhos na faixa etária juvenil/adolescência.

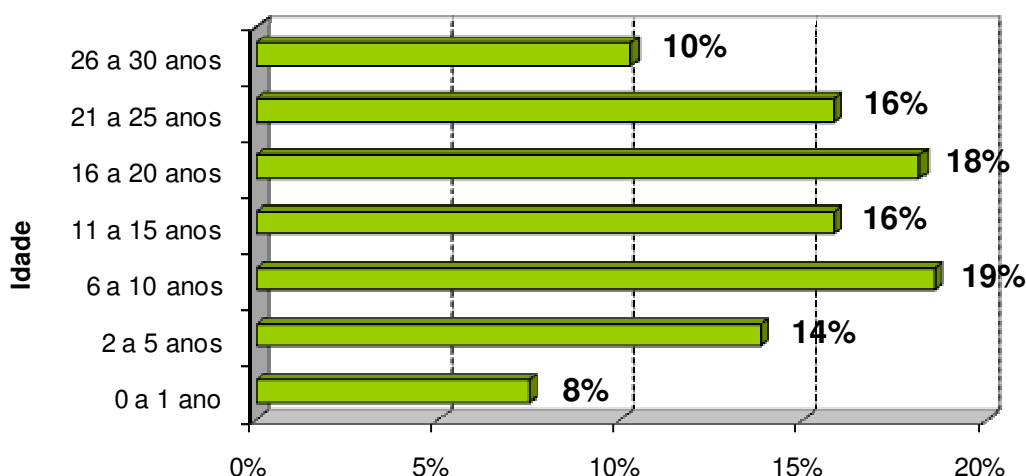
No grupo de inquiridos que tem pelo menos um filho, as idades de maior frequência concentram-se entre 2 e 30 anos de idade, e a maioria concentra-se entre os 11 e 20 anos (31% - Figura 17).

**Figura 17 - Idade do primeiro filho dos inquiridos**

Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007.

No seio dos que têm dois filhos (Figura 18), 34% possui entre 11 e 20 anos de idade. Este valor ascende a 35% caso se trate de inquiridos que têm três filhos e quando nos estamos a referir ao terceiro filho.

**Figura 18 – Idade do segundo filho dos inquiridos**



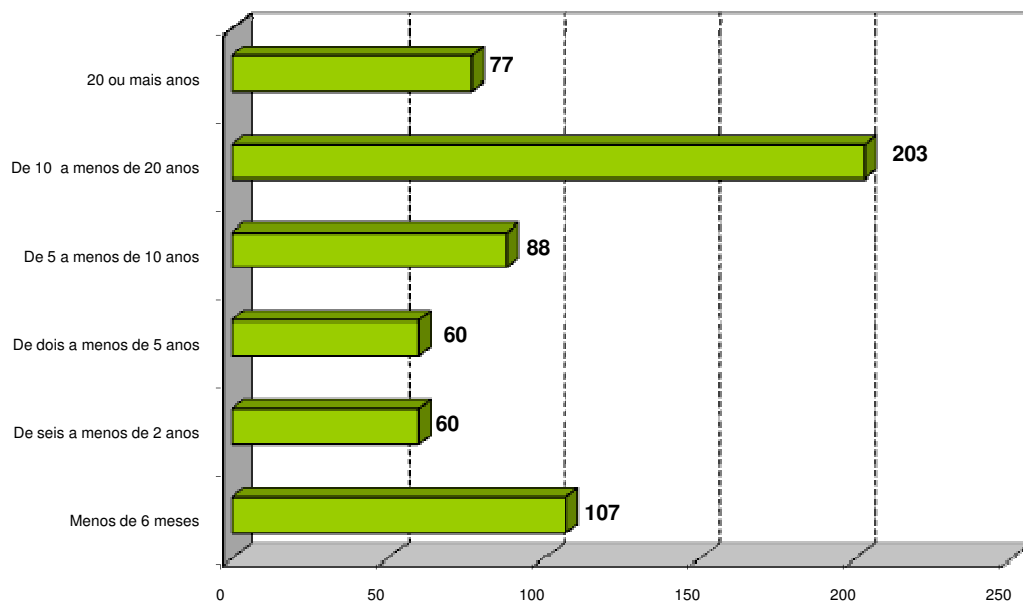
Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007.

Do conjunto de 591 respondentes, observamos que os anos de início da actividade como docentes variam entre 1970 e 2006, sendo que a média e mediana concentram-se em torno do ano de 1988 e apresentam um desvio-padrão de 9,1.

No que concerne a outras características da amostra importa salientar que 33,4% (n=203) dos professores lecciona há mais de 9 anos, mas há menos de 20 anos na Escola onde responderam ao questionário (Figura 20 e Quadro 16). É na classe de dois anos a menos de cinco anos que o sexo feminino tem maior relevância (70,5%) sendo na classe dos de menos de seis meses que o sexo masculino apresenta um maior contributo (37,4%).

O facto de ser a classe dos 10 a 20 anos a mais representativa pode indiciar um grupo de professores que terão mais formação para realizarem Prevenção. Também importa salientar a expressão daqueles que têm 20 ou mais anos de leccionação (12,7%) e os que leccionam já há mais de 4 anos e menos de 10 anos (14,5%), ainda que os que se encontram a leccionar há menos de 6 meses detenha alguma expressão (17,6%).



**Figura 19 – Tempo de leccionação na Escola**

Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007.

**Quadro 17 – Tempo a leccionar na Escola (%) segundo o sexo**

Tempo a leccionar na escola	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Menos de 6 meses	37,4%	62,6%	100,0%
De seis a menos de 2 anos	30,0%	70,0%	100,0%
De dois a menos de 5 anos	30,0%	70,0%	100,0%
De 5 a menos de 10 anos	29,5%	70,5%	100,0%
De 10 a menos de 20 anos	32,5%	67,5%	100,0%
20 ou mais anos	33,8%	66,2%	100,0%
<b>Total</b>	<b>32,6%</b>	<b>67,4%</b>	<b>100,0%</b>

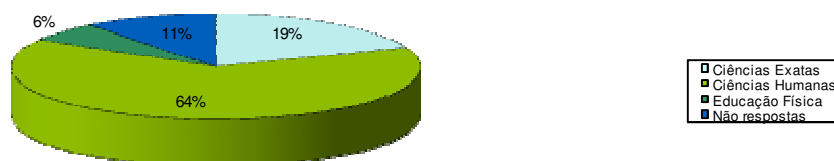
Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007.

Importa ainda salientar que 443 (72,9%) dos 608 professores inquiridos são professores de nomeação definitiva e apenas 16,0% se encontram na situação de contratados.

O grupo disciplinar a que pertencem os professores inquiridos pode influenciar a forma como avaliam a toxicodependência e o seu papel interventivo, sendo 64% do grupo

de ciências humanas, 19% das ciências exactas, 36% de educação física e 11% não responderam (Figura 20).

**Figura 20 – Grupo disciplinar dos professores inquiridos**



Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007.

Perante estes resultados somos levados a questionar se o baixo significado da formação em ciências exactas não comprometerá a informação dos professores e a sua possibilidade de intervenção no domínio da Prevenção primária da toxicodependência.

## 5 – Grau de conhecimento dos Professores do Ensino Básico relativamente à problemática das toxicodependências e avaliação do seu papel educativo/preventivo

### 5.1 – Grau de conhecimento dos professores relativamente ao fenómeno das toxicodependências e comportamentos

Atendendo a que o grau de conhecimento dos professores dos 2º e 3º Ciclos do Ensino Básico, sobre as distintas áreas e componentes do fenómeno das toxicodependências constitui um dos três objectivos que avançámos no início da nossa investigação, optámos por começar, de forma general, por questionar sobre o conhecimento das substâncias e as que poderiam criar mais dependência e os riscos que as mesmas implicariam. Incluímos também o consumo de tabaco e do álcool, uma vez que são substâncias lícitas, mas que criam habituação e, por isso, dependência.

Os resultados patentes nos Quadros 18 e 19 suscitam-nos alguma preocupação. O consumo de *ecstasy* acontece essencialmente em adolescentes e jovens adultos, com riscos acrescidos para alucinações e desidratação, face à pouca ingestão de água, nomeadamente quando o consumo acontece em festas, no seio de grupos, e, por exemplo, em locais como as discotecas.

#### Quadro 18 – Opinião dos inquiridos sobre o consumo de substância *ecstasy* ao fim-de-semana

Consumir <i>ecstasy</i> ao fim-de-semana	Nº	%
Sem risco	2	0,3
Risco moderado	57	9,4
Risco acrescido	193	31,8
Muito perigoso	354	58,2
Não respondeu	2	0,3
Total	608	100,0

Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007.

Mas 0,3% dos inquiridos consideram que consumir *ecstasy* ao fim-de-semana não implica risco e 9,4% consideram apenas risco moderado para este consumo. Acresce ainda o facto de 0,3% não ter respondido à questão podendo significar que desconhecem as consequências deste tipo de consumo. Preocupam-nos estas opiniões, uma vez que é aos fins-

de-semana, que decorrem os consumos e por consequência a habituação, com os impactos fisiológicos para o organismo que conhecemos.

Quanto ao consumo de *cannabis* (Quadro 19), este está a generalizar-se e a aumentar o consumo em faixas cada vez mais baixas. Está provado que o consumo de *cannabis*, ainda que seja consumido uma única vez na vida, provoca lesões cerebrais irreversíveis. Constatamos que os inquiridos manifestam em 1,0% dos casos, que não há risco quando ocorre o fumo de *cannabis* de forma regular e 15,5% considera risco moderado o fumar *cannabis*. É inquietante esta manifestação de despreocupação, e por isso, logo aqui, emerge uma necessidade de formação sobre o consumo de substâncias e seus riscos e consequências.

**Quadro 19 – Opinião dos inquiridos sobre fumar *cannabis* regularmente**

Fumar <i>cannabis</i> regularmente	Nº	%
Sem risco	6	1,0
Risco moderado	94	15,5
Risco acrescido	240	39,5
Muito perigoso	266	43,7
Não respondeu	2	0,3
<b>Total</b>	<b>608</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007.

O consumo de tabaco está generalizado e socialmente aceite, embora surjam já mudanças de atitude e de consumos por parte dos jovens. Depreende-se pelo Quadro 20 esta aceitação social, uma vez que só 37% considera o consumo muito perigoso.

**Quadro 20 – Opinião dos inquiridos sobre fumar um maço de tabaco por dia**

Fumar um maço de tabaco por dia	Nº	%
Sem risco	2	0,3
Risco moderado	109	17,9
Risco acrescido	270	44,4
Muito perigoso	225	37,0
Não respondeu	2	0,3
<b>Total</b>	<b>608</b>	<b>99,9</b>

Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007.

Nota: devido ao arredondamento às décimas das percentagens calculadas, nalguns quadros os totais cifram-se em 99,9% ou em 100,1%.

O Quadro 21 suscita-nos algumas leituras interessantes. Uma diz respeito ao agravamento do consumo, reconhecido por 63,7% dos inquiridos. Outra reporta-se aos 27,2% que afirma não saber se se tem verificado ou não um agravamento do consumo de substâncias, quando todos os dias, através dos *mass media*, ouvimos falar que o consumo de substâncias está a aumentar na população e nos jovens, e quase todas as semanas, há notícias de apreensões de droga.

**Quadro 21 – Opinião dos inquiridos sobre o agravamento do consumo de substâncias**

Agravamento do consumo	Nº	%
Sim	387	63,7
Não	56	9,2
Não Sabe	165	27,2
Total	608	100,1

Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007.

No Quadro 22, podemos ver a grande percentagem de respostas que recaíram sobre a dependência da heroína e da cocaína com 52,1% e 17,9%, respectivamente. Quanto ao tabaco “mereceu o reconhecimento” de criar dependência, de 16,6% e o álcool de 6,6%. Estranhámos a baixa percentagem atribuída à cannabis com apenas 6,3%, quando é por aqui que começa o consumo de substâncias e a sua dependência, acontecendo precisamente nas escolas e suas cercanias.

Surge aqui mais um motivo e uma razão forte para a formação aos Professores, porque estes consumos surgem precisamente nas faixas etárias dos 11 aos 13 anos, coincidentes com o 2º e 3º ciclos.

**Quadro 22 – Opinião dos inquiridos quanto às substâncias que criam mais dependência**

Substância	Nº	%
Cannabis	38	6,3
Tabaco	101	16,6
Heroína	317	52,1
Álcool	40	6,6
Cocaína	109	17,9
Não respondeu	3	0,5
Total	608	100,0

Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007.

No Quadro 23 verificamos que 36,2% não emitiu opinião sobre o responsável pelo aumento do consumo de substâncias. Constitui uma percentagem muito elevada, se tivermos em consideração que estamos a lidar com elementos da sociedade que possuem um nível de instrução elevado e que por isso têm mais facilidade de acesso à informação e à assimilação da mesma, e porque têm um papel acrescido a desempenhar em termos de formação da população mais jovem.

É significativo que os professores considerem que este aumento de consumo se deve em 18,9% à maior facilidade em adquirir drogas e 28,5% à ausência de valores sociais. No entanto, e como mencionámos antes, a percentagem mais significativa (36,2%) reporta-se a professores que não responderam à questão, o que pode significar alguma dificuldade em avaliar a responsabilidade pelo cenário existente.

**Quadro 23 – Opinião dos inquiridos sobre o responsável pelo aumento do consumo de substâncias**

Responsável pelo aumento	Nº	%
Maior facilidade adquirir drogas	115	18,9
Maior permissividade social	32	5,3
Ausência valores sociais	173	28,5
Insuficiência de actividades preventivas	18	3,0
Menor controlo policial	3	0,5
Maior associação lazer e consumo drogas	43	7,1
Outro motivo	4	0,7
Não respondeu	220	36,0
<b>Total</b>	<b>608</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007.

No Quadro 24 verifica-se em primeira opção, a necessidade de envolvimento dos pais no processo educativo dos filhos, com 24,3% das respostas e depois muito próxima, a criação de espaços para ocupação de tempos livres dos jovens (16,9%) e o capacitar os jovens para fazerem escolhas mais saudáveis com 16,6% das respostas.

Em segunda opção surge a necessidade de envolvimento dos pais no processo educativo dos filhos com 18,8% e o aumentar a informação dos jovens sobre as drogas, também com 18,8% e o capacitar os jovens para fazerem escolhas mais saudáveis com 12,8%.

Em terceira opção temos a necessidade de promover mais campanhas preventivas na escola (17,3%), dinamizar espaços de convívio e diálogo com os alunos (15,3%) e a necessidade de envolvimento dos pais no processo educativo dos filhos (14,8%).

Concluímos que o envolvimento dos pais e educadores no processo educativo é comum e prioritário nas duas primeiras opções, acabando por se afirmar numa prioridade para os professores.

**Quadro 24 – Escolha de três opções sobre as quais usaria para fazer prevenção**

Opção de prevenção	1ª Opção		2ª Opção		3ª Opção	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Criar espaços para ocupação dos tempos livres dos jovens	103	16,9	66	10,9	45	7,4
Capacitar os jovens para fazerem escolhas mais saudáveis	101	16,6	78	12,8	61	10,0
Dinamizar espaços de convívio e diálogo com os alunos	63	10,4	76	12,5	93	15,3
Aumentar a vigilância policial na escola	14	2,3	13	2,1	37	6,1
Envolver pais e educadores no processo educativo	148	24,3	114	18,8	90	14,8
Aumentar informação dos jovens sobre as drogas	74	12,2	114	18,8	70	11,5
Promover mais campanhas preventivas na escola	48	7,9	74	12,2	105	17,3
Promover a capacidade crítica dos jovens	36	5,9	52	8,6	73	12,0
Estimular a autonomia dos jovens	14	2,3	17	2,8	29	4,8
Outra actividade	7	1,2	4	0,7	3	0,5
Não respondeu	0	0,0	0	0,0	2	0,3
<b>Total</b>	<b>608</b>	<b>100,0</b>	<b>608</b>	<b>100,0</b>	<b>608</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007.

Como a Lei portuguesa de 2000, que legisla sobre o consumo de estupefacientes e substâncias psicoactivas, está fora do âmbito e actividade escolar, não estranhámos o número de respostas de desconhecimento deste Diploma (Quadro 25). Considerámos estes resultados apenas para demonstrar a necessidade de formação que é preciso fazer, caso se queira intervir nas Escolas.

**Quadro 25 – Conhecimento sobre a Lei Portuguesa de 2000 que legisla sobre o consumo de estupefacientes e substâncias psicoactivas**

	Nº	%
Sim	69	11,3
Não	539	88,7
<b>Total</b>	<b>608</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007.

As variáveis que considerámos até ao momento permitem-nos concluir que é insuficiente a formação que os professores detêm. Entendemos que para um problema desta

magnitude é imprescindível intervir nas escolas e particularmente, fazendo formação aos professores.

Em nosso entender, os indicadores patentes nos Quadros seguintes (25 e 26), confirmam a necessidade urgente de intervenção e formação nestes domínios a estes importantes elementos da nossa sociedade, porque desempenham um papel fulcral e preponderante na formação dos jovens, permitindo-nos validar parte da primeira hipótese que avançámos: “a maior parte dos Professores que leccionam no Distrito de Viana do Castelo, porque não têm formação suficiente sobre a problemática das toxicodependências (...)”.

Veremos de seguida se o tipo de formação que realizam permite explicar os resultados encontrados sobre o seu conhecimento que detêm no âmbito da prevenção da toxicodependência.

No Quadro 26 podemos verificar que apenas 20 professores (3,3%) participaram em acções de formação.

**Quadro 26 – Participação em acções de formação**

	Nº	%
Sim	20	3,3
Não	588	96,7
Total	608	100,0

Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007.

Dos 20 professores que frequentaram as acções de formação (quadro 27), apenas 16 professores (2,6% - Quadro 10), participaram numa acção, sendo muito elevado o número de professores que não responderam à questão (96,7%).

**Quadro 27-Número de acções de formação em que participaram**

	Nº	%
1	16	2,6
2	3	0,5
3	1	0,2
Não respondeu	588	96,7
Total	608	100,0

Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007.



Relativamente a acções de informação (mínimo de 2 horas), apenas participaram 55 professores (9% - Quadro 28) e 552 professores nunca participaram em acções deste género.

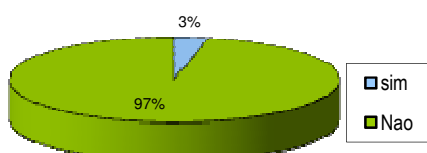
**Quadro 28 - Participação em acções de informação (mínimo de 2 horas)**

	Nº	%
Sim	55	9,0
Não	552	90,8
Não respondeu	1	0,2
Total	608	100,0

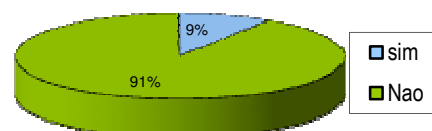
Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007.

As Figuras 21 e 22 sintetizam a análise que realizamos antes, sendo visível a percentagem de respostas da não participação em acções de formação e informação no âmbito da toxicodependência.

**Figura 21 – Professores que participaram em acções de formação**



**Figura 22 – Professores que participaram em acções de informação**



Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007.

## 5.2 – Avaliação do papel educativo/preventivo do professor

Pelo que pudemos observar através do Quadro 29, foi útil hierarquizar os temas que os professores entendiam que se deveriam discutir/falar na escola. Assim, entenderam que a “ética e os valores” deveria ser o tema de discussão principal (43,9%), seguindo-se a “violência” (16,2%) e a “SIDA e outras doenças sexualmente transmissíveis” (12,3%).

Curiosamente, o assunto “drogas” surge com valores muito próximos da inclusão/exclusão social (6%).

Estes resultados reflectem a formação maioritária em ciências humanas, mas também alguma lucidez no caminho a encetar, visto grande parte do problema da toxicod dependência radicar numa questão ética e de valores, não esquecendo que é uma problemática multifactorial.

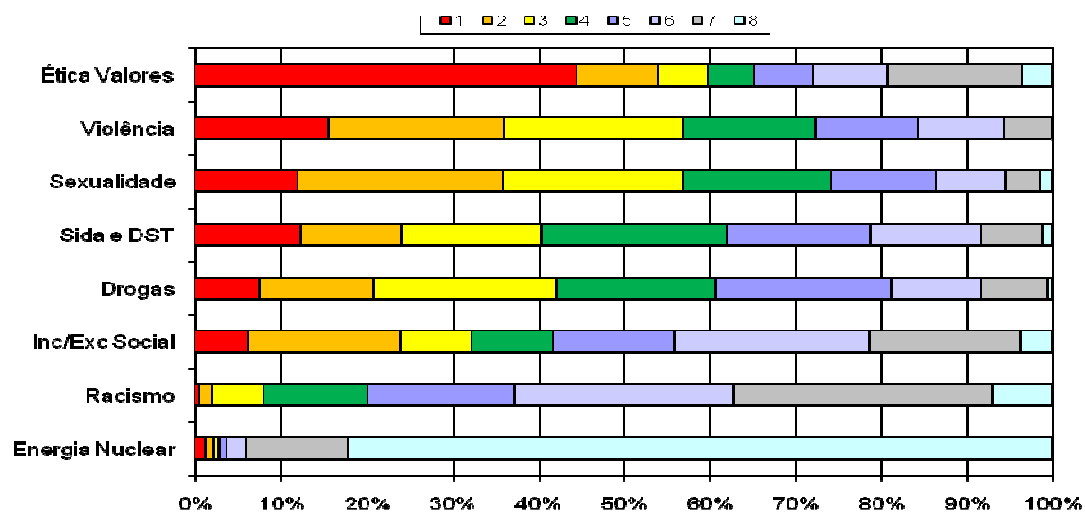
**Quadro 29 – Temas considerados para falar/discutir na Escola**

	Nº	%
1-Violência	99	16,3
2-Sexualidade	72	11,8
3-SIDA e outras doenças sexualmente transmissíveis	75	12,3
4-Drogas	46	7,6
5-Racismo	3	0,5
6-Inclusão/exclusão social	37	6,1
7-Energia nuclear	6	1,0
8-Ética e valores	267	43,9
9-Outros temas	3	0,5
Total	608	100,0

Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007.

Na Figura 23 é mais visível este resultado e a sua distribuição pelas prioridades que os professores lhe atribuíram.

**Figura 23 – Temas a falar/discutir na escola**



Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007.

Os professores, quando inquiridos se são capazes de participar em actividades preventivas na sua escola, respondem em 68,4% que sim, e em 31,4% que não (Quadro 30).

**Quadro 30 – Capacidade de participar em actividades preventivas na Escola**

	Nº	%
Sim	416	68,4
Não	191	31,4
Não respondeu	1	0,2
Total	608	100,0

Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007.

Através do Quadro 31, verificamos que dos professores que responderam sim, 254 professores (61,2%) entendem que é um dever social e pensam que é importante fazê-lo. Mas 55 (13,3%) afirmam não terem formação, ainda que sintam que são capazes de o fazer.

Este segundo valor revela alguma irresponsabilidade e cria-nos um grande receio, uma vez que, sendo a Prevenção e a sua abordagem/execução uma disciplina muito específica e devendo ser executada por pessoas/técnicos com formação também específica, decorre muitas vezes, quando exercida por alguém que não está preparado para o fazer, desvirtuações e enviesamentos de temáticas que depois são muito difíceis de corrigir. Podem criar-se ideias erradas, mitos e tabus, que em nada reflectem a realidade. Confirma-se este receio com o entendimento de 52 professores (12,5%) que afirma ter facilidade de interagir com os jovens, o que não é suficiente para fazer Prevenção. Em contraponto, verifica-se que somente 10 professores (2,4%) tem formação para desenvolver actividades de prevenção.

**Quadro 31 – Respostas “sim” para participar em actividades preventivas na Escola**

	Nº	%
Tem formação para desenvolver actividades de prevenção	10	2,4
Apesar de não ter formação sente que é capaz de o fazer na mesma	55	13,3
É uma actividade como outra qualquer	5	1,2
É um dever social e pensa que é importante fazê-lo	254	61,2
Tem facilidade em interagir com os jovens	52	12,5
Considera esta tarefa prioritária	27	6,5
Outro motivo	12	2,9
Total	415	100,0

Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007.

Dos professores que não eram capazes de participar em actividades preventivas, 168 professores (87,1% - Quadro 32) afirmam nunca terem recebido formação nesta área e 14 professores (7,3%) pensam que é uma tarefa que não lhes compete fazer.

Somos de opinião, mais uma vez, que a falta de formação na área da prevenção da toxicod dependência é bem evidente numa classe de extrema importância para a nossa sociedade.

**Quadro 32 – Respostas “não” para participar em actividades preventivas na escola**

	Nº	%
Nunca teve formação nesta área	168	87,1
Pensa que o assunto não é importante	1	0,5
Por sentir dificuldade em estar com os jovens	2	1,0
Por pensar que é uma tarefa que não lhe compete a si	14	7,3
Outro motivo	8	4,2
<b>Total</b>	<b>193</b>	<b>100,1</b>

Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007.

De acordo com os três objectivos principais equacionados na presente investigação, e atrás descritos, podemos verificar que em relação ao conceito de Prevenção, 70,1% dos professores (Quadro 33) entende que é um acto educativo e 27,5% que é um conjunto de actividades que acompanham o crescimento dos jovens, resultado este que nos agrada. Cerca de 2,1% dos professores entende que a Prevenção é uma série de acções pontuais que se devem concretizar junto dos jovens em risco. Aqui já não concordamos, porque a prevenção deve ser sistematizada, dando resposta às carências efectivas e detectadas no terreno e de acordo com o preconizado pela caracterização da mesma (Prevenção universal, específica e indicada ou dirigida). Embora estendamos que muitas vezes é o que se pratica de forma efectiva, porque pelo que atrás descrevemos, é feita sem sustentação teórica, sem diagnóstico de situação feito, sem planeamento e ao sabor de interesses de ocasiões e exigências de calendário lectivas/curriculares.

**Quadro 33 – Opinião sobre o que é a Prevenção**

	Nº	%
Um acto educativo	426	70,1
Uma perda de tempo	2	0,3
Um conjunto actividades que acompanham o crescimento dos jovens	167	27,5
Uma série de acções pontuais junto dos jovens em risco	13	2,1
<b>Total</b>	<b>608</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007.

Conforme podemos observar no Quadro 34, questionados sobre quem deve ter responsabilidade de fazer Prevenção, 368 professores (60,5%), responderam que são os pais e 99 professores (16,3%) responderam que é ao Governo que cabe esta responsabilidade. Na opinião de 65 professores (10,7%), devem ser os técnicos de saúde e 53 professores (8,7%) entendem que são as O.N.G.'s que trabalham na área das drogas. Apenas 14 professores (2,3%) entendem que são eles que deveriam ter responsabilidade em fazer prevenção.

**Quadro 34 – Opiniões sobre quem deve fazer Prevenção**

	Nº	%
As Ong's que trabalham na área das drogas	53	8,7
Os pais	368	60,5
Os ex-toxicodependentes	7	1,2
Os Professores	14	2,3
Os Técnicos de Saúde	65	10,7
O Governo	99	16,3
Outros	2	0,3
<b>Total</b>	<b>608</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007.

Esta baixa percentagem de professores, que entende, serem eles a fazer a prevenção, é confirmada com a resposta que não estão habilitados para desenvolver actividades de prevenção das toxicodependências (74% - Quadro 35). Apenas cerca de ¼ dos professores (26%), entende que está habilitado.

**Quadro 35 – Opiniões sobre habilitação dos professores para desenvolver actividades de prevenção das toxicodependências**

	Nº	%
Sim	158	26,0
Não	450	74,0
<b>Total</b>	<b>608</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007.

Os professores que entendem que estão habilitados a fazer prevenção das toxicodependências, fundamentaram as respostas afirmando que os programas das disciplinas incidem nestas temáticas (58%) e 21% afirmam que são actividades idênticas às outras (Quadro 36).

**Quadro 36 – Fundamentação de que os professores estão habilitados para desenvolver actividades de Prevenção**

	Nº	%
Os programas das disciplinas incidem nestas temáticas	92	58,2
São actividades idênticas às outras	33	20,9
São actividades que não precisam de grandes conhecimentos	7	4,4
Outra	26	16,5
<b>Total</b>	<b>158</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007.

Dos professores que entendem não estar habilitados a fazer prevenção das toxicodependências, 41% carecem de formação específica e 22% entendem que todas as opções colocadas são razões para não estarem habilitados (Quadro 37).

**Quadro 37 – Fundamentação de que os professores não estão habilitados para desenvolver actividades de prevenção**

	Nº	%
Carecem de formação actualizada	56	12,4
Carecem de formação específica	185	41,1
Não têm formação suficiente	65	14,4
Desconhecem efeitos prejudiciais das substâncias	3	0,7
Estão/sentem-se desautorizados	30	6,7
Todas as anteriores	101	22,4
Outra	10	2,2
<b>Total</b>	<b>450</b>	<b>100,0</b>

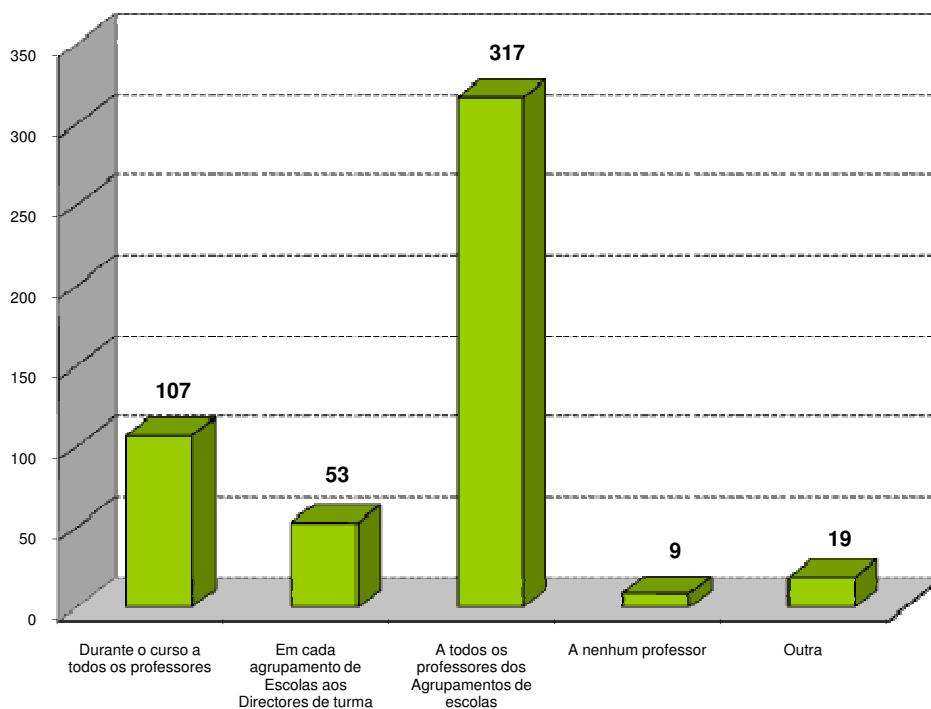
Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007.

Pelo que avaliamos das respostas dadas, confirmamos a nossa primeira hipótese de trabalho. É evidente a falta de formação nesta área até porque das acções desenvolvidas 96,7% não participou em nenhuma acção de formação e 90,8% não participou em nenhuma acção de informação.

Confirmamos esta primeira hipótese também porque 317 professores (52,1%) entendem que a formação específica sobre toxicodependência deveria ser feita a todos os professores dos agrupamentos de escolas e 107 professores (17,6%) entendem que deve ser feita durante o curso a todos os professores e 53 professores (8,7%) entende que deveria ser feita em cada agrupamento de escolas, aos directores de turma. Um dado curioso é o entendimento de 9 professores (1,5%) que afirmou não dever ser feita formação a nenhum professor (Figura 24).

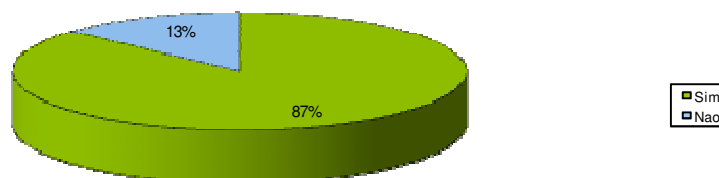
Como na generalidade os professores são directores de turma, conclui-se que será quase a totalidade de elementos a necessitar de formação.

**Figura 24 – Opinião de como deveria ser feita a formação**



Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007.

Através da Figura 25 podemos confirmar que os Professores aprovam a inclusão da Prevenção nos *curricula* das escolas (87%). Entendemos que é muito significativa esta aprovação quer para os objectivos deste trabalho quer para a confirmação da primeira hipótese.

**Figura 25 – Opinião sobre inclusão da Prevenção nos *curricula* das escolas**

Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007.

Conforme verificamos através do Quadro 38, quando questionados sobre que área a Prevenção deve ser realizada, 195 professores (32%) escolheu como primeira opção a prevenção do consumo de substâncias aditivas, 158 professores (26%) optou pela sexualidade e 96 professores (15,8%) pela prevenção do tabagismo.

Registamos com apreensão o facto de 65 professores (10,7%) não terem respondido à questão, podendo reflectir, que não estão sensibilizados para a importância de se trabalhar a Prevenção nestas tenras idades dos alunos? Como não estão habilitados para fazer Prevenção, não admitem esta inclusão nas vertentes lectivas? Mas a escola não é também para este tipo de ensinamentos?

**Quadro 38 – Opiniões sobre que áreas da Prevenção devem ser incluídas**

	Nº	%
Sexualidade	158	26,0
Prevenção das doenças cardio e cérebro vasculares	21	3,5
Prevenção do consumo de substâncias aditivas	195	32,1
Prevenção rodoviária	14	2,3
Consumo de álcool e bebidas brancas	58	9,5
Prevenção do tabagismo	96	15,8
Outras	1	0,2
Não respondeu	65	10,7
Total	608	100,1

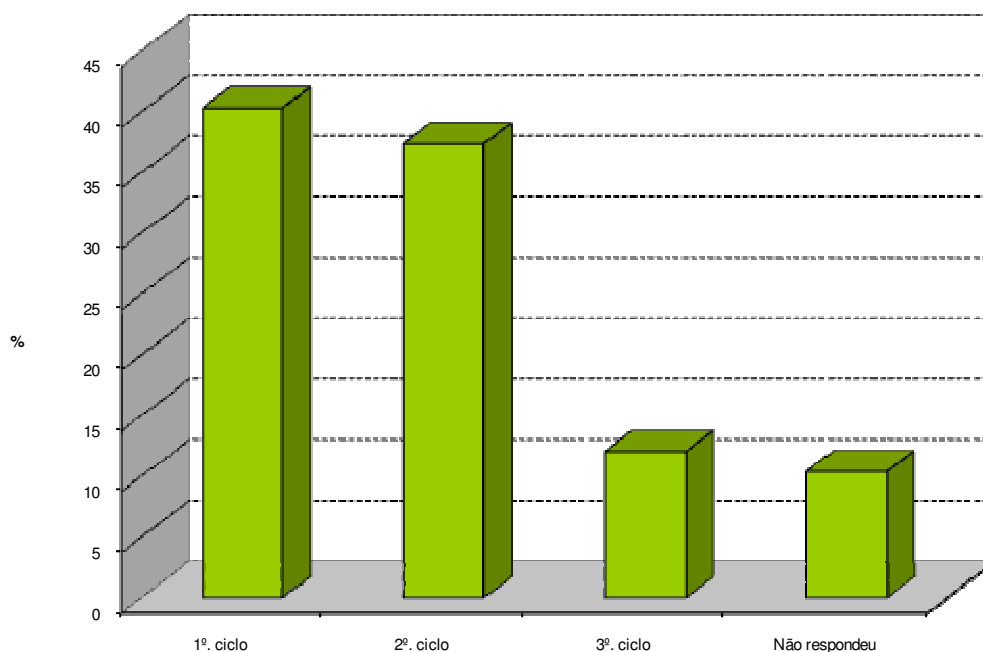
Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007.

Através da Figura 26 podemos verificar que não há grande diferença entre os professores que entendem que a prevenção deva ser incluída no 1º ciclo – 245 professores



(40,3%), e a inclusão no 2º. Ciclo – 227 professores (37,5%). Mais uma vez, entendemos que é significativo o facto de 63 professores (10,4%) não terem respondido a esta questão.

**Figura 26 – Opinião sobre em que ciclo a inclusão da Prevenção nos *curricula* da escola**



Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007.

A resposta a esta questão colocou-nos muita curiosidade. Assim através do Quadro 39 podemos verificar que os 317 professores (52,1%) são de opinião que, quem deve leccionar as matérias de prevenção atrás descritas, são os técnicos de saúde (enfermeiro/médico). Mas 186 professores (30,6%) entendem que devem ser eles mesmos professores a leccionar essas matérias.

**Quadro 39 – Opinião sobre quem deve leccionar as matérias da Prevenção**

	Nº	%
Professores	186	30,6
Técnicos de saúde (enfermeiro, médico)	317	52,1
Polícia/GNR	3	0,5
Outro	39	6,4
Não respondeu	63	10,4
<b>Total</b>	<b>608</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007.

Reflectindo sobre estes resultados, reforçamos a ideia de necessidade de formação, uma vez que:

- os quadros e mapas das escolas e agrupamentos, não contemplam pessoal de saúde;
- pela experiência vivida, os serviços de saúde, nomeadamente os centros de saúde, não têm capacidade de resposta para todas as escolas e agrupamentos, a fim de leccionar estas matérias;
- resta efectivamente a realização de formação no âmbito da Prevenção aos professores;
- se mais de metade dos professores (52,1% - Quadro 39) opta pelos técnicos de saúde, é porque efectivamente vêm nestes profissionais essa competência. Caso contrário, não deixariam fugir mais esta capacidade de intervenção no seio da sua comunidade escolar.

Quanto à **segunda hipótese** que formulamos para o presente estudo: *prende-se com o acreditar que os docentes que já se sujeitaram a formação no domínio das toxicodependências, possuem competências acrescidas para uma melhor compreensão do fenómeno e desenvolvem uma intervenção mais consciente e esclarecida, ficando mais despertos para esta problemática, o que os motiva para o investimento na prevenção dentro das escolas, associada ao trabalho pedagógico nas suas disciplinas*, concluímos que não foi possível validar esta hipótese.

Apesar dos inúmeros cruzamentos de variáveis feitos, apesar de algumas respostas dos professores para esta temática, houve mesmo assim, um número grande de *não respostas* nalgumas questões que foram formuladas e que em nosso entendimento, condicionaram a validação desta hipótese.

Fizemos inclusivamente cruzamento de variáveis, como se pode verificar na análise factorial, dando relevo à atitude religiosa e à ideologia partidária, e este cruzamento facultou-nos dados e indicadores em que confirma uma relação fraca.

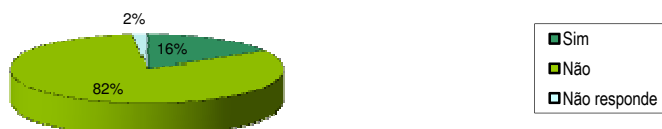
Apesar de não validarmos cientificamente esta segunda hipótese, temos um conhecimento muito bom, do objecto de estudo, e por isso, de forma empírica, acreditamos, sustentado nas conversas, nas formações então feitas nas escolas, na observação de abordagens e atitudes, que os professores estão pouco abertos a admitir que também têm responsabilidade na educação/prevenção das toxicodependências, delegando nos serviços de saúde e nos seus técnicos essa responsabilidade. É preciso desenvolver mecanismos de aceita-

ção e fazer-se perceber para que dentro da sala de aulas, nas diferentes matérias e formação cívica a leccionar, haja espaço para uma abordagem mais consciente da realidade e que esta problemática da toxicodependência não está tão longe quanto se pensa. A Prevenção é urgente e a única forma de se intervir na **Família**, na **Comunidade** e no fundo, na Nossa **Sociedade**.

### 5.3 – Consumo de substâncias psicoactivas por parte dos professores

Com o objectivo de tentarmos perceber o sentimento, por parte dos professores, de necessidade para a prevenção do tabagismo, optámos por averiguar o consumo actual de tabaco (Figura 27). Foi com alguma surpresa que verificamos que 82% dos professores não fumam, sob a forma de cigarros, charuto ou cachimbo, restando apenas 16% que declararam fumar.

**Figura 27 – Consumo actual de tabaco na forma de cigarros, charuto ou cachimbo**

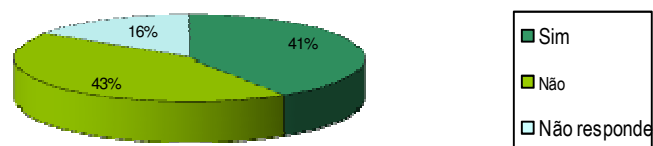


Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007.

Na Figura 28 podemos verificar algum equilíbrio sobre o consumo de tabaco no passado. As respostas diferiram do número de respostas negativas da questão anterior, em que se perguntava se fumava actualmente. Resumindo, 497 professores (82%) não fumam actualmente, tendo 264 professores (43%) respondido que nunca fumaram.

Entre o não fumar actualmente e o já ter fumado, verifica-se uma mudança de comportamento/consumo de tabaco, o que pressupõe a adopção de um estilo de vida diferente, ou seja, um estilo de vida mais saudável.

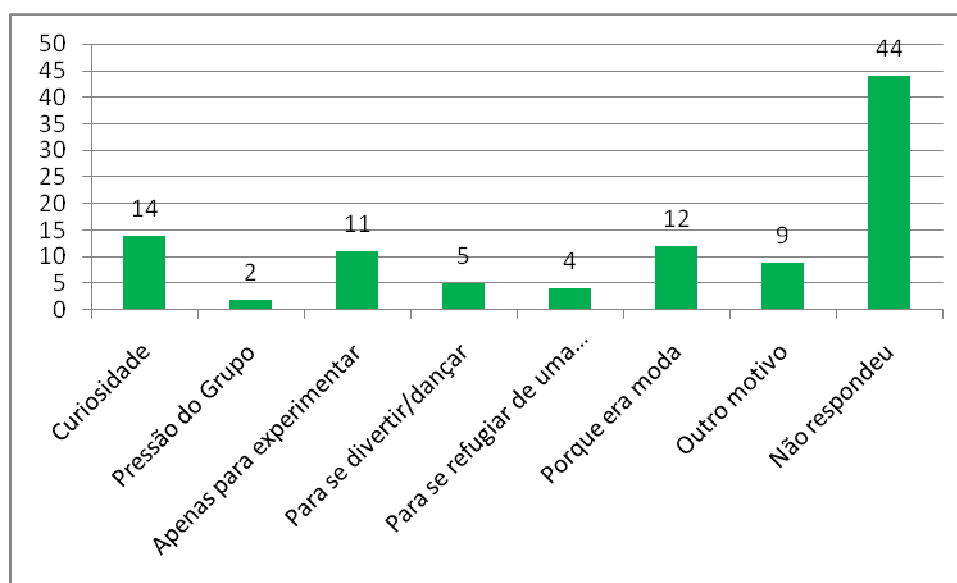
**Figura 28 – Consumo no passado de tabaco na forma de cigarros, charuto ou cachimbo**



Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007.

As razões que levaram a que cada indivíduo fumasse são variadas, ainda que 268 professores não tenham respondido a esta questão (Figura 29). Dos 340 professores que responderam à questão, a “curiosidade” é a que levou ao maior consumo (14%) e logo a seguir vem a “moda” (12%) e o motivo “apenas para experimentar” (11%). Estranhámos que o motivo, “por pressão do grupo”, tivesse um valor tão reduzido, apenas com 2% das respostas.

**Figura 29 – Razões que levaram ao consumo anterior de tabaco (em %) na forma de cigarros, charuto ou cachimbo**



Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007.

#### 5.4 – Breve análise factorial dos resultados

Por se tratarem na sua maioria de variáveis latentes, ou seja, que não podem ser directamente medidas e avaliadas, utilizou-se a análise factorial para avaliar o grau de independência entre as variáveis e descobrir quais as relações que são realmente significativas e merecem atenção especial no estudo.

Um indício de relação entre as variáveis é-nos dado quando grande parte das significâncias está acima de 0,05 e a independência entre as variáveis é avaliada pelo determinante que deve ser maior que 0,00001, o que indica ausência de multicolinearidade.

A análise de componentes principais foi usada para a obtenção de um pequeno número de combinações lineares (componentes principais) de um conjunto de variáveis, que retenham o máximo possível da informação contida nas variáveis originais para avaliar se alguns poucos componentes são responsáveis por grande parte da explicação total.

Além disso, utilizou-se o teste qui-quadrado para avaliar as variáveis independentes, cujas observações são discretas.

O Quadro 40 evidencia a forte correlação entre as variáveis “Tempo que lecciona na Escola” e “Classe etária”, como era de se esperar e uma relação fraca e por vezes negativa entre as outras variáveis. Isso indica que na opinião do professor quanto ao responsável pelo aumento no uso das drogas não está fortemente relacionado com o sexo, idade, tempo que lecciona e nível de escolaridade.

**Quadro 40 – Responsável pelo aumento do consumo de substâncias e seu cruzamento com as variáveis Classe etária, Sexo, Nível de Formação e Tempo que Leciona**

Matriz de Correlação						
		Nível de escolaridade	Sexo	Classe etária	Tempo a leccionar na escola (por classes)	Responsável pelo aumento
Correlação	Nível de escolaridade	1,000	-,010	-,297	-,191	,004
	Sexo	-,010	1,000	-,101	-,062	,010
	Classe etária	-,297	-,101	1,000	,644	,085
	Tempo a leccionar na escola (por classes)	-,191	-,062	,644	1,000	,050
	Responsável pelo aumento	,004	,010	,085	,050	1,000
Significância	Nível de escolaridade		,413	,000	,000	,467
	Sexo	,413		,015	,091	,414
	Classe etária	,000	,015		,000	,034
	Tempo a leccionar na escola (por classes)	,000	,091	,000		,140
	Responsável pelo aumento	,467	,414	,034	,140	

Determinante = ,523

Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007.

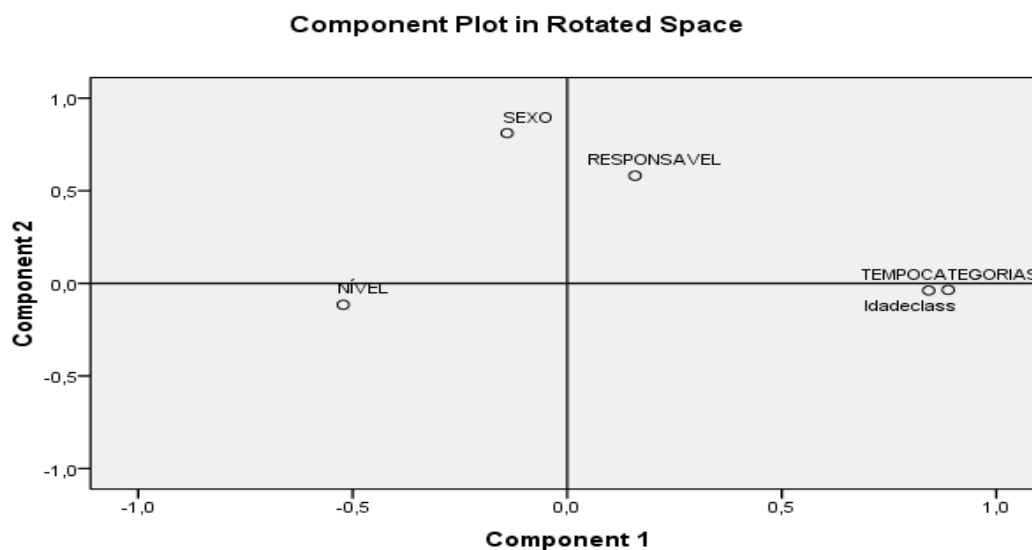
O Quadro 41 e a Figura 30, nos quais se utilizou a técnica de componentes principais, indicam a existência de dois factores principais entre estas variáveis e uma correlação forte entre "classe etária" e "tempo a leccionar" e uma dispersão entre as variáveis "sexo", "responsável pelo aumento" e "nível de escolaridade".

**Quadro 41 – Matriz de componentes**

Matriz de Componentes		
	Componente	
	1	2
Classe etária	,889	
Tempo a leccionar na escola (por classes)	,843	
Nível de escolaridade	-,518	
Sexo		,806
Responsável pelo aumento		,586

Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007.

**Figura 30 – Comportamento das duas componentes**



Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007.

Pela matriz de correlação (Quadro 42), observamos que há uma relação fraca entre a posição política e atitude religiosa. Este facto deve-se também ao grande número de não-respostas na variável situação política, que foram descartadas nesta análise.

**Quadro 42 – Opções para fazer Prevenção e seu cruzamento com as variáveis  
Temas a Falar na Escola, Ideias Políticas e Religião**

Matriz de Correlação			
		Onde se situa politicamente	Como descreve a sua atitude religiosa
Correlação	Onde se situa politicamente	1,000	,292
	Como descreve a sua atitude religiosa	,292	1,000
Significância	Onde se situa politicamente		,000
	Como descreve a sua atitude religiosa	,000	

Determinante = 0,915

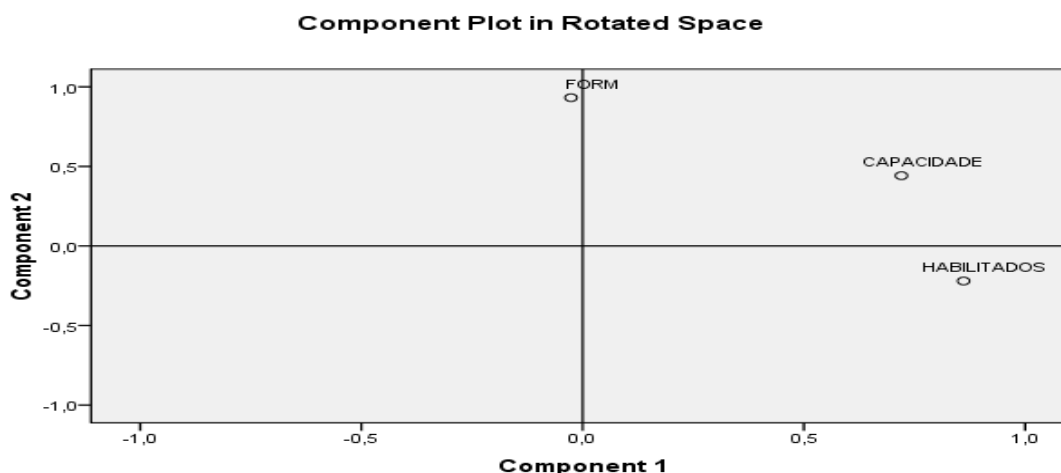
Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007.

A partir do Quadro 43 (matriz de correlação) e Figura 31, comprova-se que não há uma forte correlação entre as variáveis “Participar de Actividades Preventivas”, “Formação Específica” e “Habilitações para Desenvolver Actividades de Prevenção”, o que indica que a opinião sobre fazer formação específica sobre toxicodependência não está ligada à opinião sobre a habilidade dos professores para desenvolver actividades de prevenção das toxicodependências e com a capacidade pessoal em participar em actividades preventivas.

**Quadro 43 – Capacidade de participar em actividades preventivas e seu cruzamento com Formação Específica, Habilitações para desenvolver Actividades de Prevenção**

Matriz de Correlação				
		Sente que era capaz participar actividades preventivas na sua escola	Pensa que os professores estão habilitados p/ actividades prevenção toxicodependência	Entende que professores deveriam fazer formação específica s/ toxicodependência
Correlação	Sente que era capaz participar actividades preventivas na sua escola	1,000	,277	,199
	Pensa que os professores estão habilitados p/ actividades prevenção toxicodependência	,277	1,000	-,062
	Entende que professores deveriam fazer formação específica s/ toxicodependência	,199	-,062	1,000
Significância	Sente que era capaz participar actividades preventivas na sua escola		,000	,000
	Pensa que os professores estão habilitados p/ actividades prevenção toxicodependência	,000		,040
	Entende que professores deveriam fazer formação específica s/ toxicodependência	,000	,040	

Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007.

**Figura 31 – Comportamento das componentes**

Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007.

O Quadro 44 mostra que não há uma forte correlação entre nenhuma das variáveis analisadas, ou seja, não se pode afirmar que a opinião do professor sobre a formação específica em toxicodependência, quem deveria leccionar as disciplinas, a atitude religiosa e estatuto estão fortemente ligadas.

**Quadro 44 – Possibilidade de Professores fazerem formação específica e seu cruzamento com as variáveis quem deveria leccionar, Ideias Políticas e Religião e situação do professor**

Matriz de Correlação						
		Entende que professores deveriam fazer formação específica s/ toxicodependência	Quem deveria leccionar estas matérias	Onde se situa politicamente	Como descreve a sua atitude religiosa	Estatuto
Correlação	Entende que professores deveriam fazer formação específica s/ toxicodependência	1,000	,029	-,018	-,072	,108
	Quem deveria leccionar estas matérias	,029	1,000	,096	,057	-,153
	Onde se situa politicamente	-,018	,096	1,000	,275	-,131
	Como descreve a sua atitude religiosa	-,072	,057	,275	1,000	,067
	Estatuto	,108	-,153	-,131	,067	1,000
Significância	Entende que professores deveriam fazer formação específica s/ toxicodependência		,222	,318	,028	,002
	Quem deveria leccionar estas matérias	,222		,005	,063	,000
	Onde se situa politicamente	,318	,005		,000	,000
	Como descreve a sua atitude religiosa	,028	,063	,000		,037
	Estatuto	,002	,000	,000	,037	

Determinante = 0 ,851

Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007.



Pode-se ainda concluir que não há forte correlação entre as variáveis “aluno consome drogas ilícitas”, “medidas preventivas”, “ideias políticas”, “religião” e “filhos” (Quadro 45).

**Quadro 45 – Aluno consumidor de drogas ilícitas e seu cruzamento com as variáveis Medidas Preventivas, Ideias Políticas, Religião e Filhos**

Matriz de Correlação						
		Quem deveria leccionar estas matérias	Onde se situa politicamente	Quantos filhos tem	Como age se aluno seu consome drogas ilícitas	Na sua opinião as medidas preventivas devem ser iguais para rapazes e raparigas
Correlação	Quem deveria leccionar estas matérias	1,000	,096	-,118	,076	-,094
	Onde se situa politicamente	,096	1,000	-,068	,027	-,025
	Quantos filhos tem	-,118	-,068	1,000	,028	-,022
	Como age se aluno seu consome drogas ilícitas	,076	,027	,028	1,000	-,066
	Na sua opinião as medidas preventivas devem ser iguais para rapazes e raparigas	-,094	-,025	-,022	-,066	1,000
Significância	Quem deveria leccionar estas matérias		,005	,001	,021	,006
	Onde se situa politicamente	,005		,034	,239	,251
	Quantos filhos tem	,001	,034		,225	,281
	Como age se aluno seu consome drogas ilícitas	,021	,239	,225		,039
	Na sua opinião as medidas preventivas devem ser iguais para rapazes e raparigas	,006	,251	,281	,039	

Determinante = ,953

Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007.

Também não há uma forte correlação entre as variáveis “consumo de tabaco actual”, “área que a prevenção deve ser incluída” e “substâncias que criam mais dependência”. Isso indica que na opinião dos professores quanto a estas questões não são convergentes (Quadro 46).

**Quadro 46 – Consumo de tabaco e seu cruzamento com as variáveis Áreas da Prevenção a ser Incluídas e Substâncias que criam dependência**

Matriz de Correlação				
		Quanto ao consumo tabaco fuma actualmente	Substância	Em que areas pensa que a Prevenção deve ser incluída
Correlação	Quanto ao consumo tabaco fuma actualmente	1,000	-,018	,053
	Substância	-,018	1,000	,004
	Em que areas pensa que a Prevenção deve ser incluída	,053	,004	1,000
Significância	Quanto ao consumo tabaco fuma actualmente		,322	,080
	Substância	,322		,458
	Em que areas pensa que a Prevenção deve ser incluída	,080	,458	

Determinante= ,997

Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007.

Também não existe uma relação significativa entre atitude religiosa, posição política e a opinião sobre o responsável por fazer prevenção e que eles definem um único factor, embora estejam fracamente correlacionados (Quadro 47).

**Quadro 47 – Classificação de Toxicodependente e seu cruzamento com as variáveis Ideias Políticas e Religião**

Matriz de Correlação				
		Como descreve a sua atitude religiosa	Onde se situa politicamente	Quem tem responsabilidade em fazer Prevenção
Correlação	Como descreve a sua atitude religiosa	1,000	,292	,008
	Onde se situa politicamente	,292	1,000	,002
	Quem tem responsabilidade em fazer Prevenção	,008	,002	1,000
Significância	Como descreve a sua atitude religiosa		,000	,412
	Onde se situa politicamente	,000		,475
	Quem tem responsabilidade em fazer Prevenção	,412	,475	

Determinante = ,915

Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007.

Por último, pode-se definir um único factor na análise destas variáveis e uma correlação fraca entre a opinião sobre o “responsável em se fazer a prevenção”, “posição política” e “atitude religiosa”. Este resultado revela que a opinião sobre quem deve fazer a prevenção não está fortemente relacionada com a posição política e atitude religiosa do inquirido (Quadro 48).

**Quadro 48 – Responsabilidade em fazer Prevenção e seu cruzamento com as variáveis Ideias Políticas e Religião**

Matriz de Correlação				
		Como descreve a sua atitude religiosa	Onde se situa politicamente	Quem tem res- ponsabilidade em fazer Prevenção
Correlação	Como descreve a sua atitude religiosa	1,000	,292	,008
	Onde se situa politicamente	,292	1,000	,002
	Quem tem responsabilidade em fazer Prevenção	,008	,002	1,000
Significância	Como descreve a sua atitude religiosa		,000	,412
	Onde se situa politicamente	,000		,475
	Quem tem responsabilidade em fazer Prevenção	,412	,475	

Determinante= ,915

Fonte: Inquérito por questionário realizado de Fevereiro a Março de 2007.

## 6 – Conclusões da investigação

Apresentada a presente investigação no âmbito da dissertação de Mestrado em Sociologia – Área de Especialização em Sociologia da Saúde, realizado no Instituto de Ciências Sociais, Departamento de Sociologia da Universidade do Minho, suscitou-nos a dúvida sobre o conhecimento, a importância e a aplicação da formação no âmbito da prevenção no vasto campo, complicado e sinuoso, que é a toxicodependência.

Em várias “disciplinas e conjunturas” da nossa vida quotidiana, pouco se vê investir em Prevenção, seja ela no âmbito da saúde, no trabalho ou até nas rodovias. Isto porque a Prevenção é cara, demora tempo a perceber-se o seu impacto e no aparecimento de resultados e muitas vezes calendários, conjunturas e políticas, condicionam a implementação de medidas de fundo no âmbito das diversas intervenções que a Prevenção tem. Diz o Povo e a sua sabedoria – *depois de roubado, trancas à porta* – estamos de acordo com este ditado popular. Na maior parte das vezes fazemos Prevenção só e apenas depois dos incidentes acontecerem, ou os indicadores accionarem os alarmes e as preocupações. Raramente se faz a avaliação do trabalho e investimento efectuado.

É nosso entendimento, que pouco se investiga para se implementar de verdade, o trabalho de Prevenção. Algumas vezes, há excelentes trabalhos feitos por investigadores credenciados, com diagnósticos perfeitos, mas para se implementarem surgem enormes constrangimentos: burocracia, adiamento de entendimentos entre entidades envolvidas ou a envolver, contracção económica e com estas contingências, surgem calendários desajustados para a implementação das medidas estudadas, investigadas e planeadas.

Porque a Prevenção é-nos uma disciplina muito cara e em particular no meio escolar, quisemos desenvolver este estudo a nível das escolas do 2º. e 3º. Ciclos no distrito de Viana do Castelo.

Quanto ao perfil sócio-demográfico dos sujeitos da amostra, dividiu-se da seguinte forma: o nosso universo foi de 608 professores, 413 (67,9%) do sexo feminino e 195 (32,1%) do sexo masculino, sendo 134 professores (22%) solteiro/a e 403 professores (66,3%) casado/a. As nacionalidades dos professores dividiram-se da seguinte forma: Portuguesa 603 (99,2%), Argentina 3 (0,5%), Espanhola 1 (0,2%) e Brasileira 1 (0,2%).

Os professores leccionam no litoral 288 (47,4%) e 320 pelo interior (52,6%). Relativamente à dispersão dos professores pelos ciclos e por sexo foi o seguinte: no 2º. Ciclo leccionavam 85 (43,6%) do sexo masculino e 179 (43,3%) do sexo feminino. No 3º. Ciclo leccionavam 110 (56,4%) do sexo masculino e 234 (56,7%) do sexo feminino.

Relativamente às idades, em 596 respostas validadas, a média foi de 41,9 anos, a mediana e a moda foi de 41 anos. A idade mínima foi de 23 anos e a máxima de 66 anos.

Relativamente ao gosto pela profissão, 599 professores (98,5%) afirmaram-se positivamente. Quanto à realização profissional, 467 professores (76,8%) sentem-se realizados, mas 140 professores (23,0%) declararam que não se sentem.

Esta foi uma investigação desenvolvida segundo uma abordagem quantitativa, suportada por um inquérito por questionário aplicado a 608 docentes.

O presente trabalho foi desenvolvido com a contextualização teórica do tema, a descrição dos percursos em termos institucionais que a toxicodependência mereceu do Estado, a elaboração e aplicação do questionário e o tratamento e avaliação dos resultados.

Verificamos que ao longo do contexto teórico e da revisão bibliográfica feita, não há investigação realizada a nível da prevenção em meio escolar, em classes ou grupos profissionais, tal como os professores ou profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) ou psicólogos.

Relativamente aos objectivos que definimos no início do estudo, julgamos que eles foram atingidos por várias razões:

- Confirmou-se que não se pode esperar que se faça prevenção nas escolas (do que quer que seja, e neste particular da toxicodependência) se os professores não forem formados para isso (ou se não se introduzirem outros profissionais nos quadros das escolas);
- Os resultados confirmam que a prevenção é importante, é bem acolhida, deve ser trabalhada e desenvolvida a nível dos docentes;
- Deve ser trabalhada e desenvolvida por especialistas ou profissionais formados neste âmbito e particularmente da saúde;
- É evidente a necessidade de intervenção, através das escolas, numa faixa etária da Sociedade, que amanhã são os adultos responsáveis pela Administração Pública, políticos, governantes e autarcas, académicos e pedagogos e trabalhadores que guiarão uma nação rumo ao futuro. Com isto pretendemos dizer que, não devem ser adultos com falências fisiológicas e comportamentos desviantes, amputados de capacidades cognitivas importantes;
- Embora não seja claro no estudo, mas confirmamos pelas conversas informais que tivemos e com as palestras que já realizámos em várias escolas onde desenvolve-

mos a investigação, que ficou um grupo de professores a reflectir sobre este assunto. Despertou-se o assunto.

Porque para nós é demasiado evidente o resultado da investigação, permite-nos propor, recomendar ou sugerir algumas intervenções:

- Análise do trabalho de Prevenção que se faz nas escolas;
- Avaliar que entidades credenciadas e idóneas existem para fazer/formar no âmbito da prevenção da toxicodependência;
- Formação nas escolas aos professores sobre prevenção da toxicodependência;
- Formação sobre a prevenção da toxicodependência, envolvendo outros âmbitos, como a sexualidade e os afectos e a realização profissional e projectos de vida;
- Desenvolvimento de campanhas de sensibilização sobre o perigo e consequências do consumo de substâncias psicoactivas;
- Promoção da investigação no âmbito da prevenção;
- Criação de parcerias entre as escolas e os serviços de saúde/serviços da droga e toxicodependência e O.N.G.'s;
- Formação conjunta entre profissionais de saúde, professores e agentes policiais (GNR e PSP), no âmbito da prevenção, sem ser na vertente legalista e punitiva da diabolização dos consumos;
- Envolvimento da Associação de Pais e encarregados de educação numa verdadeira reflexão e prevenção da toxicodependência e consumos aditivos;
- Dotar os centros de saúde com profissionais para a intervenção a nível da saúde escolar no âmbito da prevenção;
- Projecto anual ou plurianual de intervenção, integrado no plano de actividades das escolas e agrupamentos de escolas sobre a prevenção.

Porque o tema não se esgota nesta perspectiva e no estudo que realizámos, julgamos ter dado um primeiro passo na investigação sobre a prevenção primária da toxicodependência ou melhor, o “pensar” sobre a Prevenção. Fica, concerteza, em aberto um vasto campo para futuras investigações, como sejam:

- Que impacto têm as intervenções de Prevenção nos consumos?
- Perceber-se o “isolamento social”, embora falando-se com o universo, dependendo-se de uma máquina – computador – começa/já é uma dependência;

- A dependência da internet, videojogos, Ipods, MP3 e MP4;
- Os riscos para a saúde individual e colectiva do consumo de álcool através de bebidas destiladas, mais elaboradas e shots;
- O que importa tratar e trabalhar a nível das escolas com vista a responder às metas traçadas pelo Governo e Plano Nacional de Saúde, por forma à adopção de estilos de vida saudáveis.

Só com estudos e investigações no terreno se consegue perceber a magnitude dos problemas e suas implicações na sociedade. Por isso, entendemos que as parcerias com as autarquias municipais e os seus planos de pobreza ou redes sociais, são um amplo espaço a partilhar e potencializar.

Apesar desta investigação e dos trabalhos que se desenvolvem em torno da Prevenção, é seguramente irrealista pensar-se que mesmo os melhores programas de Prevenção, serão capazes de controlar um problema social tão complexo como é o abuso de drogas. Não podemos atribuir à Prevenção virtualidades e poderes que na verdade a Prevenção não encerra. Mas interessa questionar: **e se não se fizer nada? E quando as crianças e jovens atingirem a idade adulta, ou de maior vulnerabilidade ao uso das drogas, qual será a perspectiva psico-social da sociedade?**

É preciso, é importante e inquestionável que temos que desenvolver trabalho e intervenções no âmbito da Prevenção. Mas este trabalho e estas intervenções têm que estar assentes em suporte científico, com evidência científica, para a sua elaboração e aplicação, senão, não passam de intervenções inespecíficas desenvolvidas numa multiplicidade de carácter virtual de um infinito de acções.

É um desafio claro, e que está aí, faz parte dos nossos dias e muitas vezes dentro das paredes das nossas casas, problemas relacionados com o consumo de álcool, tabaco e medicamentos, e um sem número de outras drogas. A este desafio a sociedade portuguesa vai ter que enfrentar e dar resposta, com ou sem as *guidelines* da Europa.

Queremos terminar, com a firme convicção que valeu a pena este estudo e esta investigação. Sentimo-nos mais crescidos e mais capazes, mas mesmo assim, somos anões perante o seguinte pensamento:

*A coisa mais indispensável a um Homem é reconhecer  
o uso que deve fazer do seu próprio conhecimento*  
Platão

## Bibliografia

AGRA, C. (1997), “Droga: dispositivo crítico para um novo paradigma”, Comunicação no Seminário - *Droga: Situação e Novas Estratégias, Lisboa* in [www.malhatlantica.pt/ecacm/Droga.htm](http://www.malhatlantica.pt/ecacm/Droga.htm).

AGRA, C. (1998), *Entre a droga e o crime: actores, espaços, trajectórias*, Lisboa: Editorial Notícias.

AGRA, C., MARQUES-TEIXEIRA, J.; FERNANDES, L. (1993), *Dizer a droga ouvir as drogas - Estudos teóricos e empíricos para uma ciência do comportamento adictivo*. Porto: Radicário.

ALBARELLO, L., et al. (1997), *Práticas e métodos de investigação em ciências sociais*, Col. Trajectos, 39, Lisboa: Gradiva.

ANGEL, P., RICHARD, D. & V ALLEUR, M. (2002), *Toxicomanias. Alcoolismo e Toxicomanias Modernas*, 8, Lisboa: Climepsi.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DAS FARMÁCIAS. COMISSÃO NACIONAL DA LUTA CONTRA A SIDA. INSTITUTO DE GESTÃO INFORMÁTICA E FINANCEIRA DA SAÚDE. (2004), *Diz não a uma seringa em segunda mão 1993 a 2003*. Lisboa.

AZEVEDO, C.; AZEVEDO, A. (1994), *Metodologia científica: Contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos*. Porto.

BALSA, C., FARINHA, T., URBANO, C. & FRANCISCO, A. (2003), *Inquérito Nacional ao consumo de substâncias psicoactivas na população portuguesa 2001*. Colecção Estudos - Universidades. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.

BARDIN, L. (1977), *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

BECCARIA, C. (s.d.), *Dos delitos e das penas*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.



BECONA, E. (1995), La prevención de las drogodependencias. Introducción a algunas cuestiones actuales. Drogodependencias IV. Prevención. Santiago de Compostela:Servizo de Publicaciones de la Universidade de Santiago de Compostela.

BECONA, E. (1999), *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.

BECONA, E. (2002), *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Universidad de Santiago de Compostela. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.

BELL, J. (2004), *Como realizar um projecto de investigação*, Col. Trajectos, 38, 3ª ed., Lisboa: Gradiva.

BERGERET, J.; LEBLANC, J. (1991), *Toxicomanias: uma visão multidisciplinar*. Porto Alegre: Artes médicas.

BUENO, M. (1988), *Heroína Causas e Efeitos*. Tese de Mestrado, rev. Rui Mota Cardoso.

BURGESS, R. L.; AKERS, R. L. (1997), A differential association-reinforcement theory of criminal behavior. *Social Problems*, 14, 128-147.

CABALLERO, F. (1992), *Teoria do direito da droga*. Sub Judice. Lisboa. Maio-Agosto: 3, 75-94.

CALAFAT, A. (1995), Los factores de riesgo como fundamento de programas preventivos. En E. Becoña, A. Rodrigues e I. Salazar (coord.), Drogodependências. 4. Prevención (pp.75-103). Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidade de Santiago de Compostela.

CALAFAT, A. (1998), Hacia una prevención institucionalizada y científica. *Adicciones*, Vol. 10, nº. 4, 291-297.

CAMPENHOUDT, L.V. (2003), *Introdução à análise dos fenómenos sociais*, Lisboa: Gradiva.

CANOTILHO, G., (s./d.), *Direito constitucional e teoria da constituição* (5.a ed.). Coimbra: Livraria Almedina.

CAPLAN, G. (1980), *Principios de Psiquiatria preventiva*. Buenos Aires: Paidós.

CARDOSO, C. (s./d.), *Introducción ai trabajo de la investigación histórica: conocimiento, método e história*. Barcelona: Crítica, Grupo Editorial Grijalbo.

CARMO, H. (coord.) (2001), *Problemas sociais contemporâneos*, Lisboa: Universidade Aberta.

CARVALHO, J.N. (1991), *Prevenção do abuso do álcool e drogas nos jovens*. Porto: Instituto Nacional de Investigação Científica.

CARVALHO, M.J.L. de (2003), *Entre as malhas do desvio*, Oeiras: Celta Editora.

CHARON, J. (2002), *Social Problems: readings with four questions*, USA: Wadsworth.

CHAVES, M. (1999), *Casal Ventoso: da gandaria ao narcotráfico*. Estudos e Investigações. Instituto de Ciências Sociais. Lisboa.

CORDEIRO, D. (1994), *A Saúde Mental e a Vida* (3.a ed.). Edições Salamandra.

COSTA, E. (2001), Novos rumos da política sobre drogas. *Toxicodependências*. vol. 7 (1): 3-15.

COSTA, J.B. (1999), *Práticas delinquentes. De uma criminologia do anormal a uma antropologia da marginalidade*, Lisboa: Edições Colibri.

COULON, A. (1995), *A Escola de Chicago*, São Paulo: Papirus Editora.

CUSSON, M. (1994), “Desvio” in Raymond BOUDON, *Tratado de Sociologia*, capítulo 3, Lisboa: Asa Editora.

DELGADO, J.; GUTIÉRREZ, J. (1994), *Métodos e técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Metodología de las Ciencias del Comportamento*. Síntesis Psicológica. Editorial Síntesis.

DERRIDA, J. (2003), *Força de lei*. Coleção: Campo da Filosofia. Porto: Campo das Letras.

DIAS, C.A. (1979), *O que se mexe a parar: Estudos sobre drogas*. Biblioteca das Ciências do Homem Psicologia, Psiquiatria, Psicanálise, Porto: Afrontamento.

DIAS, C.A. et al. (s./d.), *Intervenções em toxicodependências - do C.E.D. ao C.A.I.C. (1977 -1997)*. Coimbra.

DIAS, F., ANDRADE, C. (1997), *Criminologia: o homem delinquente e a sociedade criminológica*, Coimbra: Coimbra Editoras.

DIAS, P. (1999), “Abordemos sociologicamente a alcoologia”, in Helena CARREIRAS, Fátima FREITAS, Isabel VALENTE, *Profissão sociólogo*, Oeiras: Celta Editora.

DIAS, N. (2002), *Sociologia da Toxicodependência*, Lisboa: Edições Piaget.

DURKHEIM, E. (1991), *A divisão do trabalho social* [1893], Lisboa: Editorial Presença.

DURKHEIM, E. (1996), *O suicídio* [1897], Lisboa: Editorial Presença.

ECO, H. (1995), *Como se faz uma tese em ciências sociais* (6.a ed.). Lisboa: Presença.

FEIJÃO, F. LAVADO, E. (2001), *Inquérito Nacional em Meio Escolar-2001, consumo de drogas e outras substâncias psicoactivas: Uma abordagem integrada*, Instituto Português da Droga e da Toxicodependência, Lisboa

FERNANDES, L. (1998), *O sítio das drogas*, Lisboa: Notícias editorial.

FERNANDES, L. (1999), *Os pós modernos, a cidade, o sector juvenil e as drogas*. Porto: Universidade do Porto.

FERNANDES, L. (2001), “Los principios de la exclusión de la droga”, *Trabajo Social y Salud*, n.º 39, pp.153-171.

FERNANDES, L.; RIBEIRO, C. (2002), “Redução de riscos, estilos de vida junkie e controlo social”, *Sociologia – problemas e práticas*, 39, pp. 57-68.

FERNANDES, L., PINTO, M.S. (2002), “Do que se tem ao que não há: práticas de investigação e comunidade científica das drogas em Portugal”, *Toxicodependências*, vol. 8, n.º 3, pp. 3-10.

FERNANDES, L. (2003), *O Sítio das Drogas*. Porto: Editorial Notícias, 3ª edição aumentada.

FERREIRA, A. (1999), *Novo Aurélio Séc. XXI: O dicionário da língua portuguesa*, (3.a ed. ver. e ampl.) Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

FERREIRA, J.M., *et al.* (1995), “Desvio e Controlo Social” in *Sociologia*, Amadora: McGraw-Hill, pp. 429-451.

FERREIRA, P.M. (2000), “Controlo social e identidade: a não conformidade durante a adolescência”, *Sociologia –Problemas e Práticas*, 33, pp. 55-85.

FODDY, W. (1999), *Como perguntar: Teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários*, Oeiras: Celta Editora.

FIGUEIREDO DIAS, J.(1995), Uma proposta alternativa ao discurso da criminalização/descriminalização das drogas. *Revista Jurídica de Macau*, Janeiro 1 Abril, pp. 13-31.

FRANCO, L. (1994), “Um processo de problematização social. As drogas no diário de Notícias (1974/1993)”, *Sociologia - problemas e práticas* [online], Setembro 2004, n.º 46 [citado 20 Setembro 2006], p.p.117-132. Disponível em : <[http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0873-65292004000300007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0873-65292004000300007&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 0873-6529

FUNDAÇÃO PORTUGUESA PARA O ESTUDO PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA TOXICODEPENDÊNCIA. (s./d.), Linha dois anos depois. In: Documento interno.

GABINETE DE PLANEAMENTO E DE COORDENAÇÃO DO COMBATE À DROGA. (s./d.), *Droga em Portugal, estruturas de resposta - medidas adoptadas*. Lisboa.

GHIGLIONE, R.; MATALON, B. (1992), *O Inquérito: Teoria e Prática*, Oeiras: Celta Editora.

GOFFMAN, E. (1988), *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*, São Paulo: Editora Guanabara.

GONÇALVES, R.A. (2000), *Delinquência, crime e adaptação à prisão*, Coimbra: Quarteiro Editora.

GOODE, E. (1993), *Drugs in American Society*, 4.<sup>a</sup> Ed., United States: Mc Graw Hill.

GORDON J., Steinberg, J.A.; Silverman, M.M., eds. (1987), Operational classification of disease prevention In Preventing Mental Disorders. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

HERPIN, N. (1982), *A Sociologia Americana: escolas, problemáticas e práticas*, Porto: Edições Afrontamento.

HILL, M.M.; HILL, A. (2005), *Investigação por questionário*, 2<sup>a</sup> ed. revista e corrigida, Lisboa: Edições Sílabo.

INDALECIO, C.M. (1990), *Manual de educacion sobre drogodependencias: exposición para educadores*, Xunta de Galicia, 84-453-0173X

INSTITUTO DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA. (2003), *Relatório anual 2002: A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências*. Vol. I - Informação Estatística. Coleção Relatórios. Lisboa.

INSTITUTO DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA. (2003), *Relatório anual 2002: A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências*. Vol. II - Actividades Desenvolvidas. Coleção Relatórios. Lisboa.

INSTITUTO DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA. (2004), *Relatório anual 2003: A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências*. Vol. I - Informação Estatística. Coleção Relatórios. Lisboa.

INSTITUTO DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA. (2004), *Relatório anual 2003: A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências*. Vol. 11 - Actividades Desenvolvidas. Coleção Relatórios. Lisboa.

INSTITUTO DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA. (2004), *Resumo dos principais elementos constantes do Relatório Final da Avaliação da Estratégia Nacional de luta contra a droga*. Lisboa.

INSTITUTO DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA (2004), ESPAD/2003 - Portugal – Que evolução de 1999 para 2003? - *resultados preliminares*. Lisboa.

INSTITUTO NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO (2004), *Avaliação da Estratégia Nacional de luta contra a droga 1999 - 2003*. Lisboa.

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE (2004), *Infecção VIH/SIDA - A Situação em Portugal a 30 de Junho de 2004*. Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis. Lisboa.

INSTITUTO PORTUGUÊS DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA (1999), *Relatório nacional sobre o fenómeno da droga e da toxicodependência 1998*. Lisboa.

INSTITUTO PORTUGUÊS DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA (2002), *Relatório Anual 2001: A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências Vol. I - Informação Estatística*. Lisboa.

INSTITUTO PORTUGUÊS DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA (2002), *Relatório Anual 2001: A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências Vol. 11 - Actividades Desenvolvidas*. Lisboa.

INSTITUTO DE REINserÇÃO SOCIAL (1983), *Cidadão delinquente: Reinserção social*. Instituto de Reinserção Social.

JUNGER, E. (2001), *Drogas, embriaguez e outros temas*. Lisboa: Relógio D'Água Editores.

LESSARD-HÉBERT, M.; GOYETTE, G. (s./d.), *Investigação qualitativa -fundamentos e práticas*. Epistemologia e Sociedade. Lisboa: Instituto Piaget.

LIMA, R.C. (2001), "Sociologia do desvio e interaccionismo", *Tempo Social*, 13(1), Revista Sociologia da USP, S. Paulo, pp. 185-201.

LIPOVETSKY, G. (1989), *A era do vazio: ensaio sobre o individualismo contemporâneo*, Lisboa: Relógio D'Água.

LOPES, C. (2004), *Prevenção Primária: Benefício para uma melhor Sociedade*, Dianova Comunicação, Lisboa, Dianova

MARCUS, M.; LIHR, P. (2001), Abordagens de pesquisa qualitativa.. In: LOBIONDO-WOOD, G. & HABER, J. (2001). *Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização* (4.0 ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

MARLATT, G. (1999), *Redução de danos - Estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto: Artmed.

MARTÍN, E. (1995), La prevención en España hoy: Propuesta de consenso institucional, técnico e social. En Plan Nacional sobre Drogas (Ed.) Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación (pp. 67-84). Madrid: Delegacion del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior.

MATOS, M.G. (2002), “O uso de substâncias ilícitas nos adolescentes Portugueses: modelo compreensivo”, *Toxicodependências*, 8(3), pp. 37-46.

MELO, R. (2002), “Os Quês e os Porquês da Prevenção Primária da Toxicodependência”. *Toxicodependências*. Lisboa. (8) 2, p. 23.

MENDES, F. (2000), “Toxicodependências e Prevenção Familiar: uma política para a Europa”; *Toxicodependências*, Vol 6, nº. 3, pp. 61-68.

MENDES, F (2005), *Drogas: e porque havemos de nos preocupar com os nossos filhos...* Ceifac, Centro Integrado de Apoio Familiar de Coimbra

MENDES, J. (1993), *A História como ciência: fontes, metodologia e teorização* (3.a ed.). Coimbra: Coimbra Editora.

MERTON, R.K. (1959), “Social Conformity, Deviation and Opportunity Structures: a comment on the contributions of Dublin and Cloward”, *American Sociological Review*, Volume 24, Issue 2, pp. 177-189.

MIGUEL, N.; MAIA, A.; GOMES, M.C. (2005 [1999]), “ Traços, laços de dependência: a experimentação das drogas”, in José Machado PAIS (coord), *Traços e riscos de vida: uma abordagem qualitativa a modos de vida juvenis*, Ambar

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (s./d.), *Do Projecto Viva a Escola ao Programa de Promoção e Educação para a Saúde - Relatório Síntese - 1990 - 1994*. Programa de Promoção e Educação para a Saúde.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (s./d.), *Do Projecto Viva a Escola ao Programa de Promoção e Educação para a Saúde - Relatório Síntese - 1994 - 1996*. Programa de Promoção e Educação para a Saúde.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA (1986), *Relatório de actividades de 1985 - Plano de acção para 1986*. Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga. Lisboa.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA (1987), *A lei portuguesa e os comportamentos de toxicodependência*. Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga. Lisboa.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA (1989), *Droga e justiça penal 1998*. Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga. Lisboa.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA (1990), *Droga em Portugal: Situação e Tendências (1986 – 1989)*. Relatório do GPCCD. Lisboa.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA (1992), *Droga - Sumários de Informação Estatística - 1991*. Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga, Lisboa.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA (1992), *Droga em Portugal: Situação e Tendências (1990 - 1991)* - Relatório do GPCCD. Lisboa.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA (1994), *Droga e sociedade o novo enquadramento legal*. Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga. Lisboa.

MOREL, A.; BOULANGER, M.; HERVÉ, F.; TONNELET, G. (2001), *Prevenção das toxicomanias*, Lisboa: Climespsi Editores.

NETO, D. (1986), *Apresentação do C.R.S. do C.E.P.D.: Relatório de actividades de 1985 e perspectivas para 1986*. Lisboa.

NETO, D. (1987), *Alguns princípios do tratamento de toxicodependências nos anos 80* (2.a ed.). Lisboa.

NETO, D. (1987), *Percurso Terapêutico do Toxicómano ou Reflexões sobre o Tratamento de Toxicodependentes em Portugal*. Lisboa

NOWLIS, H. (1989), *A verdade sobre as drogas*. Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga de Lisboa. Lisboa.

OBSERVATÓRIO EUROPEU DA DROGA E DA TOXICODPENDÊNCIA (2002), *Relatório anual sobre a evolução do fenómeno da droga na União Europeia e na Noruega 2002*. Lisboa.

OBSERVATÓRIO EUROPEU DA DROGA E DA TOXICODPENDÊNCIA (2003), *Relatório anual sobre a evolução do fenómeno da droga na União Europeia e na Noruega 2003*. Lisboa.

OBSERVATÓRIO EUROPEU DA DROGA E DA TOXICODPENDÊNCIA (2004), *Relatório anual sobre a evolução do fenómeno da droga na União Europeia e na Noruega 2004*. Lisboa.

PAILLE, P.; MUCCHIELLI, A. (2003), *L 'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin.

PAIS, E. (2004), Dois anos de actividade na luta contra a droga e a toxicodpendência In: Problemas jurídicos da droga e da toxicodpendência / coord. Dário Moura Vicente. - Lisboa, 2004. - vol.1, pp. 27-39.

PARTO DE VÉLEZ, G. (1997). Investigación qualitativa. In: PARTO DE VÉLEZ, G. & CEDENO, M. (Ed.). Investigación en salud:factores sociales. Santafé de Bogotá: Mcgraw-Hill.

PATRÍCIO, L. (2002), *DROGA para que se saiba*. Lisboa: Figueirinhas.

PATRÍCIO, L. (s.ld.), *CAT das Taipas*. In Publicação interna do CAT das Taipas. Lisboa.

PEREIRA, A.; POUPA, C. (2003), *Como escrever uma tese, monografia ou livro científico usando o word*. Lisboa: Sílabo.

PHILLIPS, E.; PUGH, D. (1998), *Como preparar um mestrado ou doutoramento - um manual prático para estudantes e seus orientadores*. Men Martins: Lyon Multimédia Edições.

POIARES, C. (1993), *A Nova lei da droga: Em busca de uma postura jurídico-psicossociológica da toxicodependência*. In Comunicação. Lisboa.

POIARES, C. (1998), *Análise psicocriminal das drogas - O discurso do legislador*, Porto: Almeida & Leitão.

POIARES, C. (1999), “Contribuição para uma análise histórica da droga”, *Toxicodependências*, 5(1), pp. 3-11.

POIARES, C. (2002), “A descriminalização do consumo de drogas: abordagem juspsicológica”. *Toxicodependências*. Vol. 8 (2), pp. 29-35.

POIARES, C. (2003), “Droga: deambulações em torno da investigação científica”, *Toxicodependências*, 9(3), pp. 75-86.

POLÍCIA JUDICIÁRIA (1978), *Relatório de situação em matéria de estupefacientes*. Ministério da Justiça: Directoria-Geral. Lisboa.

POLIT, D.; HUNGLER, B. (1995), *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (3.a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

RAPOSO, L.; LOPES, I. (1981), *Relatório da Estadia em Viena Áustria de 22 a 26 de Junho de 1981*. In Colóquio Internacional sobre a prevenção e o tratamento das toxicodependências. Lisboa.

REGO, A. (s./d.), *Noções de metodologia e crítica históricas*. Centro Universitário de Lisboa. Lisboa: Gabinete de Estudos Ultramarinos.

REMOALDO, P.C. (2007), *Normas para a redacção de trabalhos práticos em Geografia Humana*, Série Educação, nº 12, Geo-Working Papers, N.I.G.P., Guimarães, Universidade do Minho, 29 p..

REMOALDO, P.C. (2008), *Técnicas de investigação em Geografia Humana*, Série Educação, nº 16, Geo-Working Papers, N.I.G.P., Guimarães, Universidade do Minho, 28 p..

RIBEIRO, A.; RODRIGUES, J.; ROCHA, P.; DIAS, C.A (1979), *Contributo para a compreensão da dinâmica institucional duma comunidade terapêutica para toxicómanos*. Figueira da Foz.

RIBEIRO, J.S. (2001), “Tornar-se toxicodependente: opção ou fatalidade?”, *Toxicodependências*, 7(3), pp. 73-78.

ROCHA, J. (1994), *Droga - Regime Jurídico (Legislação Nacional - anotada Diplomas Internacionais)*. Lisboa: Livraria Petrony.

RODRIGUES, J. (1987), *A toxicomania: dimensão do fenómeno e parâmetros duma resposta conjugada a nível nacional*. In 2. as jornadas de saúde mental do Algarve. Aldeia das Açoteias.

RODRIGUES, J. (1987), *SIDA e toxicodependência*. In Seminário. Luxemburgo.

RODRIGUES, L. (1993), *Contribuições para uma epidemiologia da droga em Portugal*. In VI Congresso da Federação Internacional de Epidemiologia Psiquátrica. Lisboa.

ROUSSEAU, N.; SAILLANT, F. (1999), Abordagens de investigação qualitativa. In: FORTIN, M.(Ed.) *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

SANTACREU, J.; ZACCAGNINI, J.L.; MÁRQUEZ, M. O. (1992), *El Problema de “la Droga”. Un Análisis Desde la Psicología de la Salud*.

SANTOS, A (2000), *Do outro lado da esperança*. Instituto Camões. Lisboa: Universidade do Sagrado Coração.

SANTOS, A (2000), *Por Favor Preocupem-se?* Lisboa: Editorial Notícias.

SEBASTIÃO, J. (1998), *Crianças de ruas: modos de vida marginais na cidade de Lisboa*, Oeiras: Celta Editora.

SECRETARIA-GERAL DA ASSEMBLEIA NACIONAL E CÂMARA CORPORATIVA. Diário da Sessão n.o 053, de 9 de Dezembro de 1970.

SECRETARIA-GERAL DA ASSEMBLEIA NACIONAL E CÂMARA CORPORATIVA. Diário da Sessão n.o 053, de 07 de Janeiro de 1971.

SERVIÇO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA TOXICODEPENDÊNCIA. (2001), *Relatório de Actividades 2000*. Lisboa.

SERVIÇO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA TOXICODEPENDÊNCIA. (2002), *Relatório de Actividades 2001*. Lisboa.

SILVA, A.; PINTO, J. (1986), *Metodologia das Ciências Sociais* ( 7.a ed.). Biblioteca das Ciências do Homem, Porto: Afrontamento.

SOARES, T. (s.ld.), *A droga também passa por aqui*, Lisboa: Polemos.

SOUSA, M. (1989), *Prevenção Primária*. Colectânia de Textos, Centro das Taipas. Lisboa.

STREUBERT, H.; CARPENTER, D. (2002), *Investigação Qualitativa em Enfermagem* (2.a ed.).Loures: Lusociência - Técnicas e Científicas.

SUTHERLAND, E. (1937), *The professional thief*, Chicago: The University of Chicago Press.

TEIXEIRA, V. (1999), *Legislação sobre droga* (2.a ed.). Coleção Dura lex, sed lex. Biblioteca Fundamental de Textos Legais. Porto: Legis.

TINOCO, R. (1999), “Notas sobre a construção psico-social da identidade desviante em toxicodependência”, *Toxicodependências*, n.º 3, pp.10

TORRES, N.; RIBEIRO, J. (s.ld.), *A pedra e o Charco - Sobre o Conhecimento e Intervenção nas Drogas*. Almada: Iman.

TURATO, E. (2003), *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes.

UNIVERSIDADE DO PORTO (2002), *Estimativa da prevalência e padrões de consumo problemático de drogas em Portugal*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Centro de Investigação em Psicologia do Comportamento Desviante e Saúde. Porto.

VALENTE, M. (2002), *Consumo de drogas: Reflexões sobre o novo quadro legal*. Coimbra: Almedina.

VASCONCELOS e SOUSA, G. (2003), *Metodologia da investigação, redacção e apresentação de trabalhos científicos* (2.a ed.). Porto: Livraria Civilização.

VALENTIM, A. (1997), “A construção social do problema da droga”, *Sociologia – problemas e práticas*, 25, pp. 81-102.

VELHO, G. (org.) (1974), *Desvio e divergência*, S.Paulo: Zahar Editores.

VITÓRIA, P. (2003), *A Reinserção Social de Toxicodependentes*. In VICENTE, D. (Ed.). Problemas Jurídicos da Droga e da Toxicodependência. Revista da Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa. vol. L Coimbra Editora.

WIEVIORKA, S. (1996), La reduction des risques. Toxibase: *Revue Documentaire*. 3.0 trimestre: 1-21.

XIBERRAS, M. (1993), *As teorias da exclusão, para a construção do imaginário do desvio*, Lisboa: Instituto Piaget.

## **LEGISLAÇÃO**

ASSEMBLEIA CONSTITUINTE. Diário da Sessão n.o 132, de 3 de Abril de 1976.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA, Diário da Sessão n.o 043, de 23 de Novembro de 1976.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA. Diário da Sessão n.o 066, de 22 de Janeiro de 1977.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA. Diário da Sessão n.o 067, 25 de Janeiro de 1977.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA. Diário da Sessão n.o 066, de 26 de Janeiro de 1977.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA. Diário da Sessão de 14 de Julho de 1983.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA. Diário da Sessão n.o 088, de 15 de Julho de 1992.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA. Diário da Sessão n.o 040, de 29 de Fevereiro de 1996.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA. Diário da Sessão n.o 084, de 21 de Junho de 1996.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA. Diário da Sessão n.o 096, de 13 de Junho de 1996.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA. Diário da Sessão n.o 055, de 4 de Abril de 1996.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA. Diário da Sessão n.o 073, de 23 de Maio de 1996.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA. Diário da Sessão n.o 031, de 25 de Janeiro de 1997.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA. Diário da Sessão n.o 038, 1 de Fevereiro de 1994.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA. Diário da Sessão n.o 085, de 26 de Junho de 1998.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA. Diário da Sessão n.o 092, de 28 de Maio de 1999.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA. Diário da Sessão n.o 081, de 23 de Junho de 2000.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA. Diário da Sessão n.o 043, de 31 de Junho de 2001.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA. Diário da Sessão n.o 040, de 26 de Setembro de 2002.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA. Diário da Sessão n.o 079, de 25 de Janeiro de 2003.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA. Diário da Sessão n.O 093, de 01 de Março de 2003.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA. Diário da Sessão n.o 012, de 16 de Outubro de 2003.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA. (1999). Droga - Legislação Nacional. Divisão de Informação Legislativa. N.o 8. Lisboa.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA. (1998). Relatório da Comissão Eventual para o Acompanhamento e Avaliação da Situação da Toxicodependência, do Consumo e do Tráfico de Droga: Situação e avaliação do problema da droga em Portugal. Lisboa: Assembleia da República - Divisão de Edições.

ASSEMBLEIA NACIONAL. Diário da Sessão n.o 011, de 12 de Dezembro de 1973.

Aviso n.o 10514/98 (2.a série), de 12 de Junho de 1998. Por despacho da Ministra da Saúde de 3 de Junho de 1998, foi homologado o protocolo de colaboração entre o Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência, a Ordem dos Farmacêuticos e a Associação Nacional das Farmácias, no âmbito do Programa de Substituição Narcótica com Cloridato de Metadona.



DECLARAÇÃO n.º 17-G/97, de 31 de Outubro de 1997. Adota, no âmbito do combate à dopagem no desporto a nível do ordenamento jurídico interno, os desenvolvimentos internos verificados no foro internacional, designadamente pela Carta Internacional sobre Dopagem no Desporto e pela Convenção Europeia contra a Dopagem, ratificada pelo Governo Português.

DECRETO LEGISLATIVO REGIONAL n.º 7/2001/A, de 27 de Abril de 2001. Regula o novo regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias e introduz medidas de protecção sanitária e social das pessoas que consomem essas substâncias sem prescrição médica, aprovado pela Lei n.º 30/2000, de 29 de Novembro.

DECRETO-LEI n.º 48 547, de 27 de Agosto de 1968. Regulamenta o exercício da profissão farmacêutica em Portugal.

DECRETO-LEI n.º 420/70, de 3 de Setembro de 1970. Insere várias disposições sobre o tráfico ilegal de estupefacientes.

DECRETO-LEI n.º 745/75, de 31 de Dezembro de 1975. Cria na Presidência do Conselho de Ministros o Centro de Estudos da Juventude e o Centro de Investigação Judiciária da Droga.

DECRETO-LEI n.º 790/76, de 5 de Novembro de 1976. Cria o Gabinete Coordenador do Combate à Droga.

DECRETO-LEI n.º 791/76, de 5 de Novembro de 1976. Estrutura o Centro de Investigação e Controle da Droga, em substituição do Centro de Investigação Judiciária da Droga.

DECRETO-LEI n.º 792/76, de 5 de Novembro de 1976. Estrutura o Centro de Investigação e Controle da Droga, em substituição do Centro de Estudos da Juventude.

DECRETO-LEI n.º 233/77, de 2 de Junho de 1977. Uniformiza os critérios de recrutamento do pessoal administrativo previsto nos quadros anexos aos Decretos-Lei n.ºs 790/76, 791/76 e 792/76, de 5 de Novembro.

DECRETO-LEI n.º 379/79, de 8 Setembro de 1979. Estabelece as normas legais de combate ao doping.

DECRETO-LEI n.º 365/82, de 8 de Setembro de 1982. Reorganiza o Gabinete Coordenador do Combate à Droga.

DECRETO-LEI n.º 430/83, de 13 de Dezembro de 1983. Altera o regime em vigor, tipifica novos

ilícitos penais e contravencionais e define novas penas ou modifica as actuais em matéria de consumo e tráfico ilícito de drogas.

DECRETO-LEI n.º 20-A/87, de 12 de Junho de 1987. Cria em Lisboa o Centro das Taipas, Unidade de Saúde destinada ao tratamento, recuperação e reinserção social de toxicodependentes.

DECRETO-LEI n.º 83/90, de 14 de Março de 1990. Cria o Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência.

DECRETO-LEI n.º 105/90, de 23 de Março de 1990. Reformula o quadro jurídico do combate à dopagem no desporto.

DECRETO-LEI n.º 249/90, de 1 de Março de 1990. Regulamenta as embarcações de alta velocidade.

DECRETO-LEI n.º 59/90, de 16 de Março de 1990. Aprova a convenção de assistência mútua administrativa entre Portugal e Marrocos.

DECRETO-LEI n.º 295-N/90, de 3 de Setembro de 1990. Reestrutura a Polícia Judiciária e cria no Ministério da Saúde, uma Direcção Central vocacionada para a investigação do tráfico de estupefacientes.

DECRETO-LEI n.º 209/91, de 8 de Junho de 1991. Afecta os bens apreendidos aos traficantes de droga ao Coordenador do Projecto VIDA (30%) e ao SPTT (70%).

DECRETO-LEI n.o 248/92, de 11 de Novembro de 1992. Aprova uma nova estrutura orgânica para o Projecto VIDA.

DECRETO-LEI n.o 298/92, de 31 de Dezembro 1992. Aprova o regime das fustituições de Crédito e Sociedades Financeiras.

DECRETO-LEI n.o 13/93, de 15 de Janeiro de 1993. Regula o licenciamento e a fiscalização do exercício da actividade das unidades privadas de saúde.

DECRETO-LEI n.o 15/93, de 22 de Janeiro de 1993. Revê a legislação do combate à droga.

DECRETO-LEI n.o 313/93, de 15 de Setembro de 1993. Transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva n.O 91/308/CEE, relativa à utilização do sistema financeiro para efeitos de branqueamento de capitais.

DECRETO-LEI n.o 412/93, de 21 de Dezembro de 1993. Autoriza a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa a organizar e explorar um jogo denominado "JOKER".

DECRETO-LEI n.o 345/93, de 1 de Outubro de 1993. Aprova a orgânica da Direcção-Geral da Saúde.

DECRETO-LEI n.o 67/95, de 8 de Abril de 1995. Altera o Decreto-Lei n.o 43/94, de 17 de Fevereiro.

DECRETO-LEI n.o 81/95, de 22 de Abril, de 1995. Regulamenta o Decreto-Lei n.o 15/93, de 22 de Janeiro.

DECRETO-LEI n.o 246/95, de 14 de Setembro de 1995. Altera o regime geral das instituições de crédito e sociedades financeiras, aprovado pelo Decreto-Lei n.o 298/92, de 31 de Dezembro.

DECRETO-LEI n.º 325/95, de 2 de Dezembro de 1995. Estabelece medidas de natureza preventiva e repressiva contra o branqueamento de capitais e outros bens provenientes da prática de crimes.

DECRETO-LEI n.º 193/96, de 15 de Outubro de 1996. Reformula o programa nacional de prevenção da toxicodependência - Projecto VIDA.

DECRETO-LEI n.º 183/97, de 26 de Julho de 1997. Adota, no âmbito do combate à dopagem no desporto a nível do ordenamento jurídico interno, os desenvolvimentos internos verificados no foro internacional, designadamente pela Carta Internacional sobre Dopagem no Desporto e pela Convenção Europeia contra a Dopagem, ratificada pelo Governo Português.

DECRETO-LEI n.º 266/98, de 20 de Agosto de 1998. Revoga o Decreto-Lei n.º 193/96, de 15 de Outubro e define a natureza e as finalidades do Programa de Prevenção da Toxicodependência-Projecto VIDA.

DECRETO-LEI n.º 16/99, de 25 de Janeiro de 1999. Regula o licenciamento, o funcionamento e a fiscalização do exercício da actividade das unidades privadas que actuem na área da toxicodependência (revoga o Decreto Regulamentar n.º 42/93, de 27 de Novembro).

DECRETO-LEI n.º 31/99, de 5 de Fevereiro de 1999. Cria o Instituto Português da Droga e da Toxicodependência.

DECRETO-LEI n.º 72/99, de 15 de Março de 1999. Revê o quadro jurídico de apoio às instituições privadas, na área do tratamento e da reinserção social de toxicodependentes.

DECRETO-LEI n.º 88/2000, de 18 de Maio de 2000. Cria o Conselho Coordenador da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga e a Toxicodependência.

DECRETO-LEI n.º 89/2000, de 18 de Maio de 2000. Cria o Conselho Nacional da Droga e da Toxicodependência.

DECRETO-LEI n.o 90/2000, de 18 de Maio de 2000. Altera a Lei Orgânica do Instituto Português da Droga e da Toxicodependência, criado pelo Decreto-Lei n.o 31/99, de 5 de Fevereiro.

DECRETO-LEI n.o 214/2000, de 2 de Setembro de 2000. Adita substâncias psicotrópicas às tabelas anexas ao Decreto-Lei n.o 15/93, de 22 de Janeiro.

DECRETO-LEI n.o 275-A/2000, de 9 de Novembro de 2000. Aprova a Lei orgânica da Polícia Judiciária.

DECRETO-LEI n.o 130-A/2001, de 23 de Abril de 2001. Estabelece a organização, o processo e o regime de funcionamento da comissão para a dissuasão da toxicodependência, a que se refere o n.o 1, do artigo 5.º, da Lei n.o 30/2000, de 29 de Novembro e regula outras matérias complementares.

DECRETO-LEI n.o 15/2001, de 27 de Janeiro de 2001. Cria o regime de incentivos para a criação e reorganização de unidades prestadoras de cuidados de saúde no âmbito da medida 3.1. do Programa Operacional Saúde (Saúde XXI), do 3.º Quadro Comunitário de Apoio.

DECRETO-LEI n.o 69/2001, de 23 de Abril de 2001. Adita novas substâncias às tabelas anexas ao Decreto-Lei n.o 15/93, com a redacção dada pelo Decreto-Lei n.o 214/2000, de 2 de Setembro de 2000.

DECRETO-LEI n.o 183/2001, de 21 de Junho de 2001. Aprova o regime geral das políticas de prevenção e redução de riscos e minimização de danos.

DECRETO-LEI n.o 269-A/2002, de 29 de Novembro de 2002. Cria o Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), resultante da fusão do Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (SPTT) e do Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (IPDT).

DECRETO-LEI n.o 1/2003, de 6 de Janeiro de 2003. Reorganiza as estruturas de coordenação do combate à droga e à toxicodependência.

DECRETO DO PRESIDENTE DA REPÚBLICA n.o 45/91, de 6 de Setembro, de 1991. Ratifica a Resolução da Assembleia da República n.o 29/91, de 6 de Setembro de 1991.

DECRETO DO PRESIDENTE DA REPÚBLICA n.o 2/2000, de 28 de Janeiro de 2000. Ratifica o Tratado entre a República Portuguesa e o Reino de Espanha para a Repressão do Tráfico Ilícito de Droga no Mar.

DECRETO REGULAMENTAR n.o 71/84, de 7 de Setembro de 1984. Regulamenta as disposições do Decreto-Lei n.O 430/83, de 13 de Dezembro.

DECRETO REGULAMENTAR n.o 42/93, de 27 de Novembro de 1993. Estabelece o regime do licenciamento e da fiscalização das unidades privadas na área da toxicodependência.

DECRETO REGULAMENTAR n.o 61/94, de 12 de Outubro de 1994. Regulamenta o Decreto-Lei n.o 15/93, de 22 de Janeiro.

DESPACHO n.o 19/79, de 16 de Janeiro de 1979. Determina que se constitua um grupo de trabalho para o estudo da inclusão, nos cursos de formação para professores, dos tópicos essenciais do problema da Droga.

DESPACHO n.o 132/90, do Ministério da Justiça, de 9 de Janeiro, de 1991. Constitui de um grupo de trabalho para reflexão sobre alguns pontos da legislação antidroga (Decreto-Lei n.o 430/83, de 13 de Dezembro).

DESPACHO n.o 21/95, do Ministério da Saúde, de 30 de Agosto de 1995. Aprova os requisitos a que devem obedecer quanto a instalação, organização e funcionamento as unidades privadas, com ou sem fins lucrativos, que actuem no campo da prevenção secundária., através da prestação de cuidados de saúde na área da toxicodependência.

DESPACHO n.o 8/SEJ/97, de 3 de Abril de 1997. Altera o Decreto-Lei n.O 15/93. Relativamente aos procedimentos a adoptar nos exames complementares toxicológicos em amostras biológicas e exames serológicos.

DESPACHO n.º 3228/98 (2.ª série), de 16 de Fevereiro de 1998. Cria a comissão para a estratégia nacional de combate à droga.

DESPACHO n.º 25889/2001 (2.ª série), de 19 de Dezembro de 2001. Determina a área dos concelhos abrangidos pelos Núcleos Distritais de Lisboa Norte, Lisboa Centro, Lisboa Sul, Porto Leste e Porto Oeste.

DESPACHO CONJUNTO da Presidência do Conselho de Ministros, dos Ministérios da Saúde e do Emprego e Segurança Social de 4 de Janeiro de 1991. Determina a possibilidade de as instituições particulares sem fins lucrativos, com a Administração Regional da Saúde, com o Centro Regional de Segurança Social, com o Instituto do Emprego e Formação Profissional e com o Instituto da Juventude, de estabelecerem projectos de acordos de cooperação para o desenvolvimento de actividades no âmbito do Projecto VIDA, nas áreas da prevenção primária, secundária e terciária.

DESPACHO CONJUNTO da Presidência do Conselho de Ministros, dos Ministérios da Defesa Nacional, da Administração Interna, da Justiça, da Educação, da Saúde e do Emprego e da Segurança Social, de 15 de Novembro de 1994. Aprova o regulamento dos núcleos distritais ou regionais do projecto VIDA

DESPACHO CONJUNTO dos Ministérios da Justiça e da Saúde, de 25 de Setembro de 1995. Aprova o regulamento da verificação do grau de alcoolemia e do estado de intoxicação de estupefacientes do pessoal do CGP.

DESPACHO CONJUNTO n.º 467/2001, de 28 de Maio de 2001, da Presidência do Conselho de Ministros e Ministério da Educação. Constitui uma equipa de contacto para a prevenção primária, consumo de drogas em meio escolar.

DESPACHO CONJUNTO n.º 67912/003, de 2 de Julho de 2003. Regulamento do Pessoal Dirigente do Instituto da Droga e da Toxicodependência.

DESPACHO CONJUNTO n.o 358/2004, de 27 de Abril de 2004. O Ministro da Saúde incumbiu o Presidente do Instituto da Droga e da Toxicodependência de promover a avaliação externa da Estratégia Nacional.

DESPACHO NORMATIVO n.o 181/79, de 30 de Julho de 1979. Cria dois grupos de trabalho, um para as acções levadas a cabo pelo GCCD, CICD e CEPD outro destinado ao plano de reestruturação do CEPD.

DESPACHO NORMATIVO n.o 321/79, de 17 de Outubro de 1979. Suspende a execução do Despacho Normativo n.O 181/79, de 30 de Julho, de 1979.

DESPACHO NORMATIVO n.O 140/93, de 6 de Julho, de 1993. Cria a medida "formação profissional especial".

LEI n.o 21/77, de 23 de Março de 1977. Regime das substâncias psicotrópicas.

LEI n.o 12/83, de 24 de Agosto de 1983. Autorização legislativa ao Governo em matéria penal e processual penal.

LEI n.o 27/92, de 31 de Agosto de 1992. Autoriza o Governo a rever a legislação de combate à droga, adaptando-a à Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e de Substâncias Psicotrópicas de 1988.

LEI n.o 35/95, de 18 de Agosto de 1995. Concede ao Governo autorização legislativa para que estabeleça medidas sobre o branqueamento de capitais e de outros bens provenientes da prática de crimes.

LEI n.o 45/96, de 3 de Setembro de 1996. Altera o Decreto-Lei n.o 15/93, de 22 de Janeiro (regime jurídico do tráfico e consumo de estupefacientes).

LEI n.o 7/97, de 8 de Março de 1997. Alarga a rede de serviços públicos para o tratamento e a reinserção de toxicodependentes.



LEI n.o 30/2000, de 29 de Novembro de 2000. Define o regime aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, bem como a protecção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias sem prescrição médica.

LEI n.o 101/2001, de 25 de Agosto de 2001. Altera o Decreto-Lei n.o 15/93, de 22 de Janeiro de 1993.

LEI n.o 104/2001, de 25 de Agosto de 2001. Altera o Decreto-Lei n.O 15/93, de 22 de Janeiro de 1993.

LEI n.o 3/2003, de 15 de Janeiro de 2003. Altera o Decreto-Lei n.O 15/93, de 22 de Janeiro de 1993.

LEI n.o 47/2003, de 22 de Agosto de 2003. Altera o Decreto-Lei n.o 15/93. Altera pela décima vez o Decreto-Lei n.o 15/93, de 22 de Janeiro, que aprova o regime jurídico aplicável ao tráfico e consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, acrescentando as sementes de cannabis não destinadas a sementeira e a substância DMMA às tabelas anexas ao Decreto-Lei.

LEI n.o 11/2004, de 27 de Março de 2004. Altera o Decreto-Lei n.o 15/93, de 22 de Janeiro de 1993.

LEI n.o 17/2004, de 11 de Maio de 2004. Altera o Decreto-Lei n.o 15/93, de 22 de Janeiro de 1993.

PORTARIA n.o 430/79, de 16 de Agosto de 1979. Estabelece as equiparações dos cargos de direcção e chefia do Gabinete Coordenador de Combate à Droga.

PORTARIA n.o 74/89, de 2 de Fevereiro de 1989. Cria os Centros de Apoio a Toxicodependentes da Cedofeita (porto) e do Algarve.

PORTARIA n.o 671/94, de 19 de Julho de 1994. Determina a percentagem de 50% das

recompensas, objectos, direitos ou vantagens declarados perdidos a favor do Estado, a que se refere a alínea b) do n.º 1 do artigo 39.º do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, reverta a favor do Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência.

PORTARIA n.º 868/94, de 28 de Setembro de 1994. Aprova os quadros de pessoal do Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência.

PORTARIA n.º 94/96, de 26 de Março de 1996. Define os procedimentos de Diagnóstico e dos exames periciais necessários à caracterização do estado de toxicodependência; o modo de intervenção dos serviços de saúde especializados no apoio às autoridades policiais e judiciárias; os limites quantitativos máximos para cada dose média individual diária das plantas, substâncias ou preparações constantes das tabelas I a IV anexas ao Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, de consumo mais frequente.

PORTARIA n.º 348-A/98, de 18 de Junho. Visa promover competências pessoais, sociais e profissionais adequadas ao exercício de uma actividade profissional que facilitem a (re)integração sócio-profissional de indivíduos desempregados e estimulando o desenvolvimento sócio-local para satisfação de necessidades sociais.

PORTARIA n.º 1109/99, de 27 de Dezembro, de 1999. Define a medida inserção/ emprego com o objectivo de promover a inserção social e profissional dos beneficiários de Rendimento Mínimo Garantido, com acordos de inserção assinados nas áreas do emprego e/ ou formação, mediante o apoio ao desenvolvimento de actividades de interesse social, promovidas pelo IEFP e pelo Instituto de Desenvolvimento Social (IDS).

PORTARIA n.º 1374/2000 - 2.ª Série, de 13 de Setembro de 2000. Autoriza o IPDT a celebrar um contrato para a realização do estudo "Inquérito Nacional ao Consumo de Drogas e Substâncias Tóxicas em Portugal".

PORTARIA n.º 108/2001, de 22 de Fevereiro de 2001. Homologa o Regulamento da orgânica complementar do Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (IPDT).

PORTARIA n.o 109/2001, de 22 de Fevereiro de 2001. Homologa o regulamento das delegações regionais e dos núcleos distritais e sociais do Instituto Português da Droga e da Toxicodependência.

PORTARIA n.o 428-A/2001, de 23 de Abril de 2001. Estabelece o estatuto dos membros das comissões para a dissuasão da toxicodependência.

PORTARIA n.o 603/2001, de 11 de Junho de 2001. Fixa os emolumentos devidos ao Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência pelos actos relativos ao licenciamento, remodelação e alargamento da capacidade e vistorias das unidades privadas que actuam na área da toxicodependência.

PORTARIA n.o 604/2001, de 12 de Junho de 2001. Procede à regulamentação do registo central dos processos de contra-ordenação previstos na Lei n.o 30/2000, de 29 de Novembro.

PORTARIA n.o 1112/2001, de 20 de Setembro de 2001. Aprova o regulamento da criação e certificação de pontos de contacto e informação.

PORTARIA n.o 1113/2001, de 20 de Setembro de 2001. Aprova o regulamento do financiamento dos pontos de contacto e informação.

PORTARIA n.o 1114/2001, de 20 de Setembro de 2001. Aprova o regulamento da criação e funcionamento das equipas de rua.

PORTARIA n.o 1115/2001, de 20 de Setembro de 2001. Aprova o regulamento do financiamento das equipas de rua.

PORTARIA n.o 484/2003 (2.a Série), de 15 de Abril de 2003. Ministério da Saúde, Regulamento da organização interna dos serviços do Instituto da Droga e da Toxicodependência.

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS. (s./d.). A droga - Guia prático para o uso dos agentes de autoridade. Centro de Investigação e Controlo da Droga.

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS. (s./d.). Relatório de Actividade do Centro de Estudos da Profilaxia da Droga. Anexo F. Lisboa.

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS. (1978). Subsídios para uma Política de Combate à Droga. Centro de Investigação e Controle da Droga.

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS. (1978). Relatório - Centro de Investigação e Controle da Droga. Lisboa.

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS. (1978). Relatório. In: Workshop no âmbito dos programas de auxílio das Nações Unidas a Portugal para o controle do abuso de estupefacientes, realizado em Lisboa de 19 a 23 de Junho de 1978. Anexo B. Lisboa.

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS. (1979). Relatório de Actividades 1979. Gabinete Coordenador do Combate à Droga.

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS. (1979). Alguns aspectos da evolução do mercado interno da droga. Lisboa.

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS. (1979). Resposta do GCCD ao Inquérito feito pela UNESCO, acerca da coordenação dos programas de educação escolares e extra-escolares para os jovens, visando a prevenção dos problemas ligados ao uso das drogas. Gabinete Coordenador do Combate à Droga. Lisboa.

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS. (1996). Síntese do Relatório Nacional do Fenómeno da Droga. Observatório VIDA. Lisboa.

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS. (1998). Relatório sobre o fenómeno da droga e a acção do Governo 1995 - 1997. Programa Nacional de Prevenção da Toxicodependência. Observatório VIDA. Lisboa.

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS. (1999). Estratégia Nacional de luta contra a droga (2.a ed.). Lisboa: Imprensa Nacional- Casa da Moeda.

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS. (2000). Droga - Sumários de Informação Estatística -1999. Instituto Português da Droga e da Toxicodependência, Lisboa.

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS. (2000). Relatório Anual - A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências em 1999. Instituto Português da Droga e da Toxicodependência. Lisboa.

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS. (2001). ESPAD 99 - Síntese dos Principais resultados apresentados na conferência de imprensa. Instituto Português da Droga e da Toxicodependência. Lisboa.

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS. (2001). Relatório Anual - A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências em 2000. Instituto Português da Droga e da Toxicodependência. Lisboa.

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS. (s./d.). Regime Geral da Política de Prevenção Primária das Toxicodependências - Plano de Acção Nacional de Luta Contra a Droga e a Toxicodependência Horizonte 2004. Instituto Português da Droga e da Toxicodependência. Lisboa.

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS. (s./d.). 30 objectivos na luta contra a droga e a toxicodependência - Plano de Acção Nacional de Luta Contra a Droga e a Toxicodependência Horizonte 2004. Instituto Português da Droga e da Toxicodependência, Lisboa.

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS. (s./d.). Regime geral das políticas de prevenção e redução de riscos e minimização de danos - Plano de Acção Nacional de Luta Contra a Droga e a Toxicodependência Horizonte 2004. Instituto Português da Droga e da Toxicodependência, Lisboa.

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS. (2001). Programa Quadro Prevenir. Instituto Português da Droga e da Toxicodependência. Lisboa.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. (1998). A cooperação nas políticas sobre as drogas e as toxicodependências. In Seminário promovido pelo Presidente da República. Debates. Palácio da Bolsa. Porto: Imprensa Nacional- Casa da Moeda.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. (1997). Droga: Situação e Novas Estratégias (2.a ed.). In Actas do Seminário Promovido pelo Presidente da República. Debates. Centro Cultural de Belém. Lisboa: Imprensa Nacional- Casa da Moeda.

PROPOSTA DE LEI n.o 19/1, de 21 de Janeiro de 1977). Regula o regime das substâncias psicotrópicas.

PROPOSTA DE LEI n.o 20/III, de 13 de Julho de 1983. Concede ao Governo autorização legislativa para alterar os regimes em vigor: tipificando novos ilícitos penais e contraven-  
cionais, definindo novas penas, ou modificando as actuais, tomando para o efeito, como  
ponto de referência, a do simetria do Código Penal, em matéria de infracções antieconómi-  
cas e contra a saúde pública;

em matéria de delitos de corrupção, tráfico de influências e outras fraudes que ponham em  
causa a moral idade da Administração Pública; em matéria de consumo e tráfico ilícito de  
drogas; em matéria de responsabilidade dos membros dos órgãos do Estado, dos agentes da  
administração central, regional e local e dos órgãos das empresas do sector empresarial do  
Estado.

PROPOSTA DE LEI n.o 32NI, de 12 de Junho de 1992. Autoriza o Governo a rever a  
legislação de combate à droga.

PROPOSTA DE LEI n.o 36NII 20 de Junho de 1996, (Governo) que altera o Decreto-Lei  
n.O 15/93, de 22 de Janeiro.

PROPOSTA DE LEI n.o 31/VIII, de 21 de Junho de 2000, que define um novo regime  
jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, bem como a  
protecção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias sem prescrição  
médica.

PROJECTO DE DELIBERAÇÃO n.o 30/VI, de 14 de Julho de 1997. Analisa a coordenação das forças de segurança no combate ao narcotráfico.

PROJECTO DE DELIBERAÇÃO n.o 31NI, de 14 de Julho de 1997. Análise sobre o problema da toxicodependência em Portugal.

PROJECTO DE LEI n.o 175NI, de 14 de Julho de 1997. Adota medidas de prevenção do consumo de drogas e de tratamento e reinserção social de toxicodependentes (PCP).

PROJECTO DE LEI n.o 175/VI, de 14 de Julho de 1997. Propõe a adopção de medidas legislativas visando a prevenção do consumo de drogas e o tratamento e reinserção social de toxicodependentes;

PROJECTO DE LEI n.o 572N. Projecto sobre a prevenção do consumo de drogas, tratamento e reinserção de toxicodependentes

PROJECTO DE LEI n.o 90NII, de 29 de Fevereiro de 1996. Altera o Código Penal e a síntese do respectivo relatório da Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias

PROJECTO DE LEI n.o 154/VII, 20 de Junho de 1996. Altera o Decreto-Lei n.o 15/93, de 22 de Janeiro (revê a legislação de combate à droga),

PROJECTO DE LEI n.o 1 59NII, de 20 de Junho de 1996. Revê a Lei da Droga;

PROJECTO DE LEI n.o 176/VII, de 20 de Junho de 1996. Revê o Decreto-Lei n.o 15/93, de 22 de Janeiro

PROJECTO DE LEI n.o 29/VII, de 3 de Abril de 1996. Cria uma rede de serviços públicos para o tratamento e a reinserção da toxicodependência,

PROJECTO DE LEI n.o 219/VII, de 3 de Abril de 1996. Promove a criação de destacamentos anti-droga, navais e aéreos na Brigada Fiscal da GNR,

PROJECTO DE LEI n.º 224NII, de 3 de Abril de 1996. Cria os Núcleos de Acompanhamento ao Toxicodependente

PROJECTO DE LEI n.º 334/VII, de 3 de Abril de 1996. Regula as condições de financiamento público de projectos de investimento respeitantes a equipamentos destinados à prevenção secundária da toxicodependência.

PROJECTO DE LEI n.º 543NII, de 26 de Junho de 1998. Define os princípios gerais da política nacional de prevenção primária da Toxicodependência e aprova medidas de intervenção em situações de risco e de reinserção social e laboral de toxicodependentes em recuperação (PCP).

PROJECTO DE LEI n.º 121NIII. Alarga a rede de serviços públicos para o tratamento e a reinserção social de toxicodependentes;

PROJECTO DE LEI n.º 122NIIL Define os princípios gerais da política nacional de prevenção primária da toxicodependência e aprova medidas de intervenção em situações de risco e de reinserção social e laboral de toxicodependentes em recuperação;

PROJECTO DE LEI n.º 123NIII. Institui o programa nacional de prevenção e combate ao branqueamento de capitais e cria a respectiva comissão nacional;

PROJECTO DE LEI n.º 124NIIL Aperfeiçoa as disposições legais destinadas a prevenir e punir o branqueamento de capitais provenientes de actividades criminosas.

PROJECTO DE LEI n.º 113NIII, de 21 de Junho de 2000. Projecto sobre a separação de mercados de estupefacientes e combate à toxicodependência que altera o Decreto-Lei n.º 15/93 e o Decreto

Regulamentar n.º 61/94 (BE);

PROJECTO DE LEI n.º 119/VIII, de 21 de Junho de 2000. Estabelece o regime de mera ordenação social aplicável ao consumo de drogas (PCP),



PROJECTO DE LEI n.º 201/VIII, de 21 de Junho de 2000. Despenaliza o consumo de drogas (PCP);

PROJECTO DE LEI n.º 21º/VIII, de 21 de Junho de 2000. Drogas e combate às toxicodependências (PSD).

PROJECTO DE LEI n.º 58/IX, de 28 de Fevereiro de 2003. Altera a Lei n.º 170/99, de 18 de Setembro - adopta medidas de combate à propagação de doenças infecto-contagiosas em meio prisional.

PROJECTO DE LEI n.º 45/IX, de 24 de Janeiro de 2003. Estabelece os objectivos e princípios orientadores da política de prevenção primária do consumo de drogas e das toxicodependências

PROJECTO DE LEI n.º 116/IX, de 24 de Janeiro de 2003. Define as bases da estratégia de prevenção da toxicodependência e de separação entre drogas duras e drogas leves.

PROJECTO DE LEI n.º 116/IX. Define as bases da estratégia da prevenção da toxicodependência e de separação entre drogas duras e drogas leves.

PROJECTO DE LEI n.º 117/IX. Estabelece as medidas para o controlo do consumo de ecstasy.

PROJECTO DE RESOLUÇÃO n.º 33NI, de 14 de Julho de 1997. Projecto sobre a prevenção do consumo de droga no meio escolar e papel da escola na adopção de estilos saudáveis (PS).

PROJECTO DE RESOLUÇÃO n.º 60/VIII, de 21 de Junho de 2000, Propõe a avaliação dos processos de redução de danos na política de luta contra a toxicodependência e avaliação dos efeitos de certas substâncias (Os Verdes).

PROJECTO DE RESOLUÇÃO n.º 1 81/IX, de 15 de Outubro de 2003. Apoia a criação de um gabinete multidisciplinar de intervenção nos Anjos e Intendente.

RESOLUÇÃO n.º 45/79. Cria o Programa das Nações Unidas Para o Controle Internacional de Drogas (PNUCID).

RESOLUÇÃO DA ASSEMBLEIA LEGISLATIVA REGIONAL n.º 20/20001M, de 4 de Setembro, de 2000. Manifesta o mais veemente protesto à legislação sobre a descriminalização do consumo da droga em Portugal e a audição dos órgãos de governo próprio da Região Autónoma da Madeira.

RESOLUÇÃO DA ASSEMBLEIA LEGISLATIVA REGIONAL n.º 22/20001M, de 4 de Setembro, de 2000. Recomenda ao Governo Regional que recuse os meios da administração pública regional para aplicação da lei que descriminaliza o consumo da droga à Região Autónoma da Madeira.

RESOLUÇÃO DA ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA n.º 29/91, de 6 de Setembro, de 1991. Aprova para ratificação, a Convenção Europeia sobre o reconhecimento da personalidade jurídica das organizações internacionais não governamentais.

RESOLUÇÃO DA ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA n.º 9/2000, de 28 de Janeiro, de 2000. Aprova o Tratado entre a República Portuguesa e o Reino de Espanha para a Repressão do Tráfico Ilícito de Droga no Mar, assinado em Lisboa em 2 de Março de 1998.

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS n.º 23/87, de 21 de Abril, de 1987. Aprova o plano integrado de combate ao tráfico ilícito e uso indevido de estupefacientes e de substâncias psicotrópicas.

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS n.º 17/90, de 21 de Abril, de 1990. Reforça o programa nacional de combate à droga, através da reformulação do Projecto VIDA.

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS n.º 31/91, de 12 de Agosto, de 1991. Altera a Resolução do Conselho de Ministros, n.º 17/90, de 21 de Abril.

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS n.o 3/96, de 8 de Janeiro, de 1996.  
Determina a unificação num único diploma do estatuto normativo do Projecto VIDA.

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS n.o 104/96, de 9 de Julho, de 1996.  
Cria a medida inserção/emprego.

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS n.o 136/98, de 4 de Dezembro, de 1998. Cria o Programa Vida Emprego.

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS n.o 46/99, de 26 de Maio de 1999.  
Aprova a  
Estratégia Nacional de luta contra a droga.

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS n.o 109/2000, de 19 de Agosto de 2000. O Governo decide que o Instituto da Droga e da Toxicodependência deverá elaborar e apresentar uma proposta de plano de acção nacional contra a droga e a toxicodependência, no prazo de três meses, que deverá vigorar até 2004.

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS n.o 30/2001, de 13 de Março de 2001.  
Aprova os 30 principais objectivos da luta contra a droga e a toxicodependência no horizonte 2004.

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS n.O 39/2001, de 9 de Abril de 2001.  
Aprova o plano de acção nacional de luta contra a droga e a toxicodependência - Horizonte 2004.

### ***World Wide Web***

[www.drogas.pt](http://www.drogas.pt)

[www.portaldrogas.com](http://www.portaldrogas.com)

# ANEXOS

## Anexo 1

## (Questionário)

PREVENÇÃO PRIMÁRIA DAS TOXICODependências  
A PERSPECTIVA DO CORPO DOCENTE – 2º e 3º. Ciclos

CÓDIGO _____
Nº. _____

*Caro/a Senhor/a Professor/a*

Chamo-me Humberto José Pereira Domingues e estou a fazer o Mestrado em Sociologia, com área de especialização em Sociologia da Saúde, do Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho.

O presente questionário faz parte da Tese de Mestrado que estou a desenvolver, no âmbito da Prevenção Primária da toxicoddependência.

O principal objectivo é conhecer o papel que os Professores do segundo e terceiro ciclos do ensino básico do Distrito de Viana do Castelo atribuem a esta temática, nomeadamente a nível da formação e em termos da sua inclusão nos currícula escolares.

O carácter deste estudo é exclusivamente académico, mas a divulgação dos resultados obtidos poderá ajudar a clarificar as opções no trabalho a desenvolver futuramente no âmbito da prevenção do uso de substâncias psicoactivas e a promover, portanto, a qualidade de vida das crianças, dos jovens e dos cidadãos em geral.

Agradeço a sua importante colaboração, informando que os dados recolhidos são totalmente anónimos.

2º. Ciclo ☐ 3º. Ciclo ☐

*Vou começar por lhe colocar algumas questões relacionadas com a sua actividade profissional.*

- 01 – Em que ano começou a leccionar? \_\_\_\_\_
- 02 – Há quanto tempo lecciona nesta Escola? \_\_\_\_ anos \_\_\_\_ meses
- 03 – A que grupo disciplinar pertence? \_\_\_\_\_
- 04 – É Professor :
- Contratado ..... ☐ 1
  - Professor do Quadro de Zona Pedagógica ..... ☐ 2
  - Professor do Quadro de nomeação definitiva ..... ☐ 3
- 05 – Gosta da sua profissão?
- sim ..... ☐ 1
  - não ..... ☐ 2
- 06 – Sente-se realizado na sua profissão?
- sim ..... ☐ 1 (Passe à questão 08)
  - não ..... ☐ 2
- 07 – Quais são os motivos que contribuem para não se sentir realizado?

08 – Na sua opinião, o consumo de substâncias ilícitas agravou-se nos últimos cinco anos?

- sim ..... ☐ 1
- não ..... ☐ 2 (Passe para a questão 10)
- não sabe ..... ☐ 3 (Passe para a questão 10)

09 – Entre as opções seguintes, qual é a maior responsável por este aumento ? **(assinale, por favor, uma única resposta)**

- Maior facilidade em adquirir as drogas ..... ☐ 1
- Maior permissividade social para o consumo de drogas..... ☐ 2
- Preços mais acessíveis das drogas ..... ☐ 3
- Ausência de valores sociais e familiares..... ☐ 4
- Insuficiência de actividades preventivas (Campanhas-Debates) nas Escolas ..... ☐ 5
- Menor controlo policial ..... ☐ 6

- Maior associação entre as actividades de lazer e consumo de drogas ..... ☐ 7  
 - Outro motivo..... ☐ 8  
 - Qual ? \_\_\_\_\_

10 – Na sua opinião, qual das seguintes substâncias cria mais dependência?

- Cannabis ..... ☐ 1  
 - Tabaco ..... ☐ 2  
 - Heroína..... ☐ 3  
 - Álcool..... ☐ 4  
 - Cocaína ..... ☐ 5

11 – Como considera/classifica os seguintes comportamentos de consumo de substâncias para a saúde? (**assinale, por favor, uma única resposta para cada substância**)

Substâncias	Sem risco	Risco moderado	Risco acrescido	Muito perigoso
Consumir ecstasy ao fim-de-semana	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Fumar cannabis regularmente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Fumar um maço de tabaco por dia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Tomar LSD 1 vez por mês	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

12 – Nos últimos três anos, participou em **acções de formação** (mínimo de 6 horas) sobre Prevenção Primária das Toxicodependências?

- sim ..... ☐ 1  
 - não ..... ☐ 2 (Passe para a questão 18)

13 – Em quantas acções participou ? \_\_\_\_\_

14 – Por quem foi promovida a última acção ? \_\_\_\_\_

15 – Nos últimos três anos, participou em **acções de informação** (mínimo de 2 horas) sobre Prevenção Primária das Toxicodependências?

- sim ..... ☐ 1  
 - não ..... ☐ 2 (Passe para a questão 18)

16 – Em quantas acções participou ? \_\_\_\_\_

17 – Por quem foi promovida a última acção ? \_\_\_\_\_

18 – Como define, por palavras suas, Prevenção Primária das Toxicodependências?

19 – De entre as opções abaixo indicadas, quais são aquelas que usaria para fazer prevenção na sua Escola? (**Escolha, por favor, apenas três e ordene-as atribuindo-lhe uma classificação de 1 a 3, sendo 1 a mais importante e 3 a menos importante**)

- Criar espaços para ocupação dos tempos livres dos jovens ..... ☐ 1  
 - Capacitar os jovens para fazerem escolhas mais saudáveis ..... ☐ 2  
 - Dinamizar espaços de convívio e diálogo com os alunos ..... ☐ 3  
 - Aumentar a vigilância policial na escola ..... ☐ 4  
 - Envolver mais os pais e educadores no processo educativo..... ☐ 5  
 - Aumentar a informação dos jovens sobre as drogas ..... ☐ 6  
 - Promover mais campanhas preventivas na escola ..... ☐ 7  
 - Promover a capacidade crítica dos jovens ..... ☐ 8  
 - Estimular a autonomia dos jovens ..... ☐ 9  
 - Outra actividade ..... ☐ 10  
 - Qual ? \_\_\_\_\_

20 – Como consideraria a situação da sua escola face ao consumo de drogas?

Nada Grave	Pouco Grave	Grave	Muito Grave
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

21 – Para si, quais são os temas que se deveria falar/discutir na sua escola? **(ordene por favor as respostas, atribuindo-lhe uma classificação de 1 a 9, sendo 1 a mais importante e 9 a menos importante)**

- Violência ..... ☐ 1
- Sexualidade ..... ☐ 2
- Sida e Doenças Sexualmente Transmissíveis .... ☐ 3
- Drogas ..... ☐ 4
- Racismo ..... ☐ 5
- Inclusão/Exclusão Social ..... ☐ 6
- Energia Nuclear ..... ☐ 7
- Ética e Valores ..... ☐ 8
- Outro(s) tema(s) ..... ☐ 9

- Qual(ais) ? \_\_\_\_\_

22 – Em sua opinião, a Prevenção é: **(escolha por favor, uma só opção)**

- Um acto educativo ..... ☐ 1
- Uma perda de tempo ..... ☐ 2
- Um conjunto de actividades que acompanham o crescimento dos jovens ..... ☐ 3
- Uma série de acções pontuais junto dos jovens em risco ..... ☐ 4
- Um conjunto de actividades lúdico/desportivas ..... ☐ 5

23 – Já alguma vez foi solicitado por algum aluno/ou grupo de alunos para falar sobre drogas ou substâncias psicoactivas?

- sim ..... ☐ 1
- não ..... ☐ 2

24 – Sente que era capaz de participar em actividades preventivas na sua escola?

- sim ..... ☐ 1
- não ..... ☐ 2

25 – Respondeu sim à questão anterior, porque: **(escolha por favor, uma só opção)**

- Tem formação para desenvolver actividades de prevenção ..... ☐ 1
- Apesar de não ter formação sente que é capaz de o fazer na mesma ..... ☐ 2
- É uma actividade como outra qualquer ..... ☐ 3
- É um dever social e pensa que é importante fazê-lo..... ☐ 4
- Tem facilidade em interagir com os Jovens..... ☐ 5
- Considera esta tarefa prioritária ..... ☐ 6
- Outro motivo ..... ☐ 7

Qual? \_\_\_\_\_

26 – Respondeu não à questão anterior, porque: **(escolha por favor, uma só opção)**

- Nunca teve formação nesta área..... ☐ 1
- Pensa que o assunto não é importante ..... ☐ 2
- Por sentir dificuldade em estar com os jovens ..... ☐ 3
- Por pensar que é uma tarefa que não lhe compete a si..... ☐ 4
- Outro motivo ..... ☐ 5

Qual? \_\_\_\_\_

27 – Quem pensa que deve ter a responsabilidade de fazer Prevenção? (**ordene por favor as respostas, atribuindo-lhe uma classificação de 1 a 6, sendo 1 a mais importante e 6 a menos importante**)

- As Ong's que trabalham na área das drogas..... ☐ 1
- Os pais..... ☐ 2
- Os ex-toxicodependentes..... ☐ 3
- Os Professores..... ☐ 4
- Os Técnicos de Saúde..... ☐ 5
- Outros..... ☐ 6
- Quais? \_\_\_\_\_

28 – Com base na sua experiência profissional e na realidade que conhece das Escolas, pensa que os Professores estão habilitados para desenvolver actividades de Prevenção das Toxicodependências ?

- sim ..... ☐ 1
- não ..... ☐ 2

- Porquê? \_\_\_\_\_

29 – Respondeu sim na questão anterior porque (**assinale, por favor, uma única resposta**)

- Os programas das disciplinas incidem nestas temáticas..... ☐ 1
- São actividades idênticas às outras..... ☐ 2
- São actividades que não precisam de grandes conhecimentos ..... ☐ 3
- Outra..... ☐ 4
- Qual? \_\_\_\_\_

30 - Respondeu não na questão 28 porque os Professores (**assinale, por favor, uma única resposta**)

- Carecem de formação actualizada..... ☐ 1
- Carecem de formação específica..... ☐ 2
- Não têm formação suficiente ..... ☐ 3
- Desconhecem efeitos prejudiciais das substâncias..... ☐ 4
- Estão/sentem-se desautorizados..... ☐ 5
- Todas as anteriores..... ☐ 6
- Outra..... ☐ 7

- Qual? \_\_\_\_\_

31 - Entende que os Professores deveriam fazer formação específica sobre toxicodependência, com vista a fazer Prevenção nas suas Escolas?

- sim ..... ☐ 1
- não ..... ☐ 2 (Passe para a questão 30)

32 – Na sua opinião, como deveria ser feita essa formação?

- Durante o curso a todos os professores ..... ☐ 1
- Em cada Agrupamento de Escolas aos Directores de Turma ..... ☐ 2
- A todos os Professores dos Agrupamentos de Escolas ..... ☐ 3
- A nenhum Professor ..... ☐ 4
- Outra..... ☐ 5

- Qual? \_\_\_\_\_

33 - Conhece a Lei Portuguesa de 2000 que legisla sobre o consumo de estupefacientes e substâncias psicoactivas? (*definiu o regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e Substâncias psicotrópicas, bem como a protecção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias*)

- sim ..... ☐ 1
- não ..... ☐ 2 (Passe para a questão 32)



34 – Se respondeu sim, entende que esta Lei:

- Liberaliza ..... ☐ 1
- Descriminaliza..... ☐ 2
- Deixa tudo na mesma ..... ☐ 3

35 – Como encara um toxicodependente? **(Assinale por favor, só uma resposta)**

- Como um delinquente ..... ☐ 1
- Como uma pessoa doente..... ☐ 2
- Como alguém que precisa de ajuda..... ☐ 3
- Outra ..... ☐ 4

Qual? \_\_\_\_\_

36 – Que faz se souber que um aluno seu consome drogas ilícitas? **(Assinale por favor, só uma resposta)**

- Chama os pais ..... ☐ 1
- Fala com o aluno antes de tomar uma decisão ..... ☐ 2
- Procura apoio com um técnico de saúde ..... ☐ 3
- Fala com os seus Colegas Professores ..... ☐ 4
- Participa ao Director de Turma/Conselho Executivo ..... ☐ 5
- Não faz nada ..... ☐ 6
- Toma outra atitude ..... ☐ 7

- Qual? \_\_\_\_\_

37 – Na sua opinião as medidas preventivas devem ser iguais para rapazes e raparigas?

- sim ..... ☐ 1
- não ..... ☐ 2
- Porquê? \_\_\_\_\_

38 – É de opinião que se inclua nos *curricula* das Escolas a Prevenção?

- sim ..... ☐ 1
- não ..... ☐ 2 (Passe para a questão 39)

39 – Em que área pensa que a Prevenção deva ser incluída? **(ordene por favor as respostas, atribuindo-lhe uma classificação de 1 a 6, sendo 1 a mais importante e 6 a menos importante)**

- Sexualidade ..... ☐ 1
- Prevenção das doenças cardio e cerebro vasculares ..... ☐ 2
- Prevenção do consumo de substâncias aditivas ..... ☐ 3
- Prevenção rodoviária ..... ☐ 4
- Consumo de álcool e bebidas brancas..... ☐ 5
- Prevenção do tabagismo..... ☐ 6
- Outra(s) ..... ☐ 7

- Qual(ais)? \_\_\_\_\_

40 – A partir de que ciclo de ensino?

- 1º. Ciclo..... ☐ 1
- 2º. Ciclo ..... ☐ 2
- 3º. Ciclo..... ☐ 3
- Ensino Secundário..... ☐ 4

41 – Quem deveria leccionar essas matérias? **(Assinale por favor, uma só resposta)**

- Professores..... ☐ 1
- Técnicos de Saúde (Enfermeiro, Médico)..... ☐ 2
- Polícia/GNR..... ☐ 3
- Outro(s)..... ☐ 4

- Qual(ais)? \_\_\_\_\_

**Por último, gostaria de lhe colocar algumas questões mais gerais.**

42 – Idade: \_\_\_\_\_ anos

43 – Sexo:

- Masculino..... ☐ 1
- Feminino ..... ☐ 2

44 – Onde se situa relativamente às ideias políticas?

- Extrema Esquerda ..... ☐ 1
- Esquerda ..... ☐ 2
- Centro ..... ☐ 3
- Direita ..... ☐ 4
- Extrema Direita..... ☐ 5
- Sem tendências partidárias ..... ☐ 6

45 – Como descreve a sua atitude em relação à religião?

- Muito crente ..... ☐ 1
- Crente ..... ☐ 2
- Tenho dúvidas ..... ☐ 3
- Sem religião ..... ☐ 4

46 – Estado Civil:

- Solteiro/a..... ☐ 1
- Casado/a ..... ☐ 2
- Viúvo/a..... ☐ 3
- Divorciado/a, Separado/a..... ☐ 4
- Vive com outra pessoa ..... ☐ 5

47 – Nacionalidade: \_\_\_\_\_

48 – Quantos filhos tem?

- Nenhum ..... ☐ 1 (Passe, por favor, para a questão 50)
- 1 Filho..... ☐ 2
- 2 Filhos..... ☐ 3
- 3 ou mais filhos..... ☐ 4

49 – Que idades têm os seus filhos?

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_;

50 – Quanto ao consumo de tabaco, actualmente fuma, seja sob a forma de cigarros, charuto ou cachimbo?

- sim ..... ☐ 1
- não ..... ☐ 2
- não responde ..... ☐ 3

51 – Caso não fume actualmente, já alguma vez o fez?

- sim ..... ☐ 1
- não ..... ☐ 2
- não responde ..... ☐ 3

52 – Fê-lo por: **(assinalar, por favor, apenas uma resposta)**

- curiosidade ..... ☐ 1
- pressão do grupo ..... ☐ 2
- apenas para experimentar ..... ☐ 3
- para se divertir/dançar..... ☐ 4
- para se refugiar de uma situação mais difícil ..... ☐ 5
- porque era moda ..... ☐ 6
- outro motivo..... ☐ 7
- Qual? \_\_\_\_\_

**Obrigado pela Sua importante e prestimosa colaboração.***Humberto José Pereira Domingues (Janeiro/2007)*